UNIWERSYTET im. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU

ANDRZEJ LEWICKI

PSYCHOLOGIA KLINICZNA W ZARYSIE

POZNAŃ 1968

Redaktor: Maria Zawiejska-Jankowska

Nakład 580 Ark.wyd. 11,25
Ark.druku 18,5 Papier offs.III kl.70x100
Oddano do wykonania w maju 1968
Ukończono w listopadzie 1968
Zam.165/Pow./68 S-1 Cena zł 12,-

Skład, powielenie i oprawa:
Powielarnia i Introligatornia
Uniwersytetu im.Adama Mickiewicza
w Poznaniu,Al.Stalingradzka 1

PRZEDMOWA

"Zarys psychologii klinicznej" jest skrótem (a w niektórych punktach też rozwinięciem) wykładów, jakie prowadzi autor od kilku lat, w ramach specjalizacji klinicznej dla studentów psychologii. Jego zadaniem jest przedstawienie podstawowych problemów psychologii klinicznej w sposób dostosowany do sytuacji tej dyscypliny w Polsce, tj. w wielu punktach odbiegający od ujęć spotykanych w podręcznikach zagranicznych. Akcent w tym opracowaniu leży zasadniczo na zagadnieniach teoretycznych, na teorii psychogenezy zaburzeń zachowania, na teoretycznych podstawach diagnostyki psychologicznej i technik psychokorektywnych. Ujęcie to nie jest na pewno wyczerpujące i adekwatne w stosunku do pełnej tematyki psychologii klinicznej, przede wszystkim dlatego, ponieważ pomija szereg zagadnień praktycznych. Jest to spowodowane częściowo koniecznością, częściowo zaś celowe. Konieczność takiego właśnie ujęcia płynie stąd, że psychologia kliniczna jest już dziś dyscypliną bardzo zróżnicowaną, obejmuje tak odmienne dziedziny praktyki psychologicznej, jak np. psychologiczne problemy psychiatrii, neurochirurgii, zagadnienia resocjalizacji więźniów, rehabilitacji afatyków,

rehabilitacji kalek z uszkodzonymi narządami ruchu, kliniczno-wychowawczej psychologii dziecka itd. W każdej z tych dziedzin występują inne zagadnienia, inne trochę stosuje się tu metody diagnostyczne i taktyki oddziaływania psychokorektywnego. Jeden człowiek nie potrafi już dziś objąć wszystkich tych tematów i w pełni adekwatny podręcznik psychologii klinicznej musiałby być dziełem zbiorowym specjalistów z tych różnych dziedzin.

Z drugiej strony jednak szybka i stale postępująca specjalizacja bez należytej podbudowy teoretycznej grozi psychologom klinicznym nadmiernym "spraktycyzowaniem" i może nawet zagubieniem właściwej problematyki psychologicznej na rzecz szczegółowych zagadnień stawianych przez każdą z tych dziedzin praktyki. Istnieje np. niebezpieczeństwo, że psycholog więzienny zajmie się wyłącznie diagnostyką osobowości jednostek asocjalnych, a nie będzie pamiętał o tym, że zaburzenia zachowania więźnia w zamkniętym zakładzie karnym mają nieraz swoje źródło również w trudnych, stressowych warunkach życia więziennego. Podobnie psycholog zatrudniony w klinice neurochirurgicznej czy poradni przeciwpadaczkowej może się skupić głównie na badaniu szczególnie interesującego dla neurochirurga związku zaburzeń psychicznych z określonymi lezjami mózgu, a nie myśli o tym, jak dalece takie czy inne uszkodzenie organiczne utrudnia jednostce stosunki z otoczeniem i przez to dodatkowo wpływa na zaburzenia zachowania, a nawet na wypaczanie się osobowości.

Z tego też względu można przypuszczać, że w chwili obecnej rzeczą istotną jest położenie nacisku na to, co można by nazwać "teorią psychologii klinicznej", a co stanowi wspólny mianownik dla wszystkich klinicznych specjalności psychologicznych. Tak też można by uzasadnić merytorycznie przewagę zagadnień teoretycznych nad praktycznymi w obecnym opracowaniu.

Niewątpliwie polska psychologia kliniczna dopracuje się kiedyś zbiorowego podręcznika, w którym obok zagadnień ogólnych i teoretycznych znajdą również swoje miejsce konkretne, praktyczne problemy jej poszczególnych działów. Na taki podręcznik trzeba jednak jeszcze trochę poczekać.

I. CO TO JEST PSYCHOLOGIA KLINICZNA ?

1. Historia psychologii klinicznej w Polsce

Zainteresowania psychologów dla zagadnień klinicznych są dość świeże. Jeszcze w drugiej połowie XIX w. Charcot w wykładach z psychiatrii skarżył się, że ówczesna psychologia niewiele może pomóc w klinice i domagał się koncepcji psychologicznych uwzględniających patologię (Freeman L., Small M., 1960, s.51). Pierwszą taką koncepcję stworzył uczeń Charcota, Z.Freud, zapoczątkowując tym linię teorii i badań psychologicznych, mających na celu głównie pomóc psychiatrom w ich pracy klinicznej (Adler A., Kretschmer E. i in.). Za drugie źródło psychologii klinicznej można uważać próby zastosowania eksperymentalnych metod psychologicznych do rozwiązania problematyki patopsychologicznej, reprezentowane w Niemczech przez E.Kraepelina, a w Rosji przez prace laboratoriów psychologicznych, zakładanych przy szpitalach psychiatrycznych przez Bechtierewa i Korsakowa. I wreszcie jako trzecie źródło wymienić trzeba początki reedukacji dzieci umysłowo upośledzonych (Esquirol, Itard, Seguin), czy też dzieci głuchych i asocjalnych (Lightner Witmer).

Idee reedukacyjne rozszerzały się coraz bardziej, obejmując trudności wychowawcze (medyczno-pedagogiczna klinika w Berlinie, a potem poradnie typu adlerowskiego), rehabilitację inwalidów, więziennictwo itd. Wspomnieć też należy o ruchu higieny psychicznej, zapoczątkowanym w Stanach Zjednoczonych przez Cliftona Beersa (1908), z uwagi na to, że w poradniach higieny psychicznej doszło po raz pierwszy do współpracy psychologów z lekarzami w dziedzinie czysto praktycznej. Rozwój metod testowych, które od pierwszej skali inteligencji stworzonej przez Bineta i Simona zaczęły mnożyć się w nieprawdopodobny sposób, dostarczył psychologom, zajmującym się praktyką kliniczną, narzędzi diagnostycznych, co na długi czas zaważyło na stylu ich pracy.

W Polsce psychologiczne tradycje kliniczne reprezentują najwyraźniej J.Ochorowicz, S.Błachowski i E.Abramowski. Ochorowicz był pierwszym naszym psychologiem, który aktywnie zajmował się problematyką kliniczną, autorem książki "Psychologia i medycyna"(1916) oraz jednym z założycieli Sekcji Psychologii przy Towarzystwie Lekarzy i Przyrodników (1891 r.). Problematyką nerwic i historii zajmował się żywo Abramowski, a jego eksperymentalne badania nad podświadomością, oparte na swoistej, odrębnej od freudowskiej koncepcji teoretycznej, do dziś jeszcze nie straciły swego znaczenia (Lewicki A., 1950, s.25). Możliwość praktycznego wkładu eksperymentalnych metod psychologicznych do diagnostyki psychiatrycznej zademonstrował bardzo przekonywa-

jąco S.Błachowski w badaniach przeprowadzonych wspólnie z Borowieckim, psychiatrą, nad religijnymi "wizjami", jakie wystąpiły w tzw. epidemii psychicznej w Słupi koło Poznania (Błachowski, 1928). Błachowski interesował się również teoretycznymi zagadnieniami klinicznymi, o czym świadczą jego prace, np. o omamach (1938), w tym też kierunku szła w znacznej mierze jego działalność dydaktyczna, kładąca na Uniwersytecie Poznańskim podwaliny pod przyszły rozwój psychologii klinicznej jako odrębnej dyscypliny psychologicznej (por. Lewicki A., 1963 b, s.30-39).

Szersze włączenie się polskich psychologów w praktykę kliniczną dokonało się w ramach Instytutu Higieny Psychicznej, założonego w 1932 r. przez K.Dąbrowskiego (Dąbrowski K.,1962, s.24). Szczególnie intensywny rozwój Instytutu przypadł na pierwsze lata po II wojnie światowej. W szeregu jego filii i oddziałów rozsianych po całym kraju, powstały zorganizowane na wzór amerykański poradnie, w których pracowali zarówno psychiatrzy jak i psychologowie. Instytut urządzał doroczne zjazdy naukowe, prowadził prace nad testami (adaptacja skali Wechslera, testy projekcyjne itd.), wydawał kwartalnik "Zdrowie psychiczne",w którym publikowali swe prace również psychologowie. Dla przygotowania kadry psychohigienistów została założona Wyższa Szkoła Higieny Psychicznej, szkoląca studentów w podstawach psychiatrii i w stosowaniu metod psychodiagnostycznych.

Patrząc retrospektywnie na działalność Instytutu Higieny Psychicznej, można zauważyć w pracy psychologów Instytutu pewien poważny mankament: zasadniczym zadaniem psychologa było tu stosowanie metod testowych. Jednakże bez psychologicznej teorii, umożliwiającej interpretację i syntezę ich wyników w postaci psychologicznej diagnozy, psycholog musiał bądź to ograniczać się do roli laboranta, który tylko technicznie przeprowadza badania pomocnicze dla diagnozy psychiatrycznej, bądź też sam stawiać diagnozy psychiatryczne, wkraczając tym w kompetencje lekarza-psychiatry. Szczególnie wyraźnie brak teorii psychologicznej dawał się odczuwać w programach Wyższej Szkoły Higieny Psychicznej; łączyły one elementy psychiatrii z praktyczną umiejętnością stosowania standaryzowanych metod psychodiagnostycznych, nie dając swym absolwentom teoretycznego przygotowania psychologicznego, z tego też powodu nieraz były przedmiotem ostrej krytyki ze strony psychologów uniwersyteckich (np. prof.S.Baleya).

Braki w pracy psychologów Instytutu były niewątpliwie uwarunkowane ich niewystarczającym przygotowaniem fachowym, to zaś znów wiązało się z ówczesnym stanem psychologii jako nauki. Wiadomo, że w okresie międzywojennym i w pierwszych latach po wojnie nie było w Polsce osobnego studium psychologii. Na uniwersytetach psychologia stanowiła tylko jedną z kilku specjalizacji w obrębie magisterium z nauk filozoficznych, można też było uzyskiwać specjalizację z psychologii wychowawczej w obrębie magisterium z pe-

dagogiki. Psychologia jako nauka stała u nas w tym czasie na pozycjach zapoczątkowanych jeszcze przez Fechnera, Wundta i Twardowskiego, tzn. mimo przemian jakie zachodziły w psychologii światowej była nadal oparta na teorii introspekcyjnej, a metoda introspekcyjna uchodziła za podstawową metodę badania psychologicznego. Pschologia introspekcyjna nie mogła jednak dostarczyć podstaw teoretycznych dla praktycznej działalności psychologów klinicznych. W klinice mamy do czynienia przede wszystkim z zaburzeniami zachowania, a psychologiczna teoria, potrzebna dla ich wyjaśnienia musi brać pod uwagę nie "przeżycia", oderwane od organizmu i nie wiadomo jak wpływające na jego funkcje (stary problem psychologiczny!), ale procesy kierujące zachowaniem, ściśle powiązane z fizjologicznymi czynnościami organizmu i dające się poznawać w sposób obiektywny, niezależnie od tego, co badany potrafi sam powiedzieć na ich temat.

Toteż dla rozwoju psychologii klinicznej niezwykle ważny był fakt, że około 1950 roku rozwinęła się u nas szeroka i gwałtowna dyskusja na temat psychologii jako nauki. Introspekcyjna psychologia została wówczas poddana ostrej krytyce z punktu widzenia, z jednej strony - teorii odzwierciedlania, z drugiej-koncepcji pawłowskich. Pod obstrzałem krytyki znalazły się również psychologiczne metody badania, głównie metoda introspekcji oraz metoda testów (Tomaszewski, 1952). Praktycznym wydźwiękiem tej dyskusji było przemianowanie poradni Instytutu na Przy-

chodnie Zdrowia Psychicznego i ograniczenie funkcji pracujących tam psychologów[1]. Dla teorii i metodologii polskiej psychologii dyskusja ta przyniosła niewątpliwe zyski.

Zwrócę tu tylko uwagę na jeden moment, mianowicie na przedyskutowanie podstawowych zagadnień psychologicznych w oparciu o teorię i badania Pawłowa. Abstrahując od izolowanych głosów nadmiernie zapalonych "pawłowistów", którzy na podstawie i niedostatecznej znajomości prac Pawłowa i logicznie płytkiej argumentacji domagali się wręcz likwidacji psychologii jako nauki i zastąpienia jej fizjologią wyższej czynności nerwowej, trzeba stwierdzić, że - jak to wówczas nazywano - "pawłowizowanie" pozwoliło dopiero naszej psychologii włączyć się w nurt wielkich przemian, jakie od dawna zachodziły w psychologii światowej.

Pawłow wysunął nowy, dla psychologii praktycznej wręcz podstawowy, problem wewnętrznych mechanizmów kierujących zachowaniem i obiektywnej metody ich badania. Niemal równocześnie ten sam problem został postawiony w Stanach Zjednoczonych przez Thorndike'a, a potem podjęty - zresztą z dużym uproszczeniem - przez Watsona i jego behavioryzm. Dało to początek obiektywnej psychologii zachowania, zarówno w swych koncepcjach teoretycznych jak i metodologicznych całkowicie odmiennej od introspekcyjnej psychologii przeżyć. W Polsce teoretyczna dyskusja, prowadzona na platformie ogólnych założeń materializmu dialektycznego, doprowadziła do powstania koncepcji psychicznej samoregulacji, akcentującej społeczny charakter mechanizmów regulujących u czło-

wieka postępowanie, a równocześnie uwzględniającej również szereg wartościowych zdobyczy dawnej psychologii (Tomaszewski, 1963, Lewicki A. 1960, Reykowski J., 1964, Obuchowski K. 1966 i in.).

Na podkreślenie zasługuje też fakt, że równocześnie z tymi dyskusjami, jeszcze w 1950 roku, wprowadzono reformę uniwersyteckich studiów psychologicznych. Zostało stworzone oddzielne studium i magisterium z psychologii, z mocną podbudową przyrodniczą, obejmujące poza teoretycznymi przedmiotami fachowymi 60 godzin rocznie wykładu z psychiatrii i neurologii oraz 120 godzin ćwiczeń z metod badania osobowości.

W roku 1963 program ten został uzupełniony przez wprowadzenie od IV roku studiów specjalizacji, w tym dwóch klinicznych kierunków specjalizacyjnych, z psychologii klinicznej dorosłych i z psychologii kliniczno-wychowawczej. Specjalizacja objęła 60 godzin kursowego wykładu, 60 godzin ćwiczeń, 90 godzin ćwiczeń terenowych (stażów) w instytucjach zatrudniających psychologów klinicznych (nie licząc dwóch miesięcznych praktyk wakacyjnych), wykłady monograficzne i specjalistyczne seminaria dyplomowe. W ten sposób została stworzona baza dla dalszego rozwoju psychologii jako nauki i dla teoretycznego szkolenia przyszłych psychologów klinicznych.

Praktyczne problemy psychologii zostały poddane ponownie pod dyskusję w 1956 roku. Zwołana wówczas Krajowa Narada Psychologów ujawniła, że liczba psychologów kli-

nicznych pracujących w różnych działach Służby Zdrowia nie tylko nie zmalała, ale wzrosła do blisko 200 osób. Psychologowie ci w badaniach pacjentów stosowali zamiast testów szeroko rozbudowaną metodę obserwacji, wywiadu i rozmowy oraz wprowadzili do praktyki metody odruchowo-warunkowe i niestandaryzowane metody psychologii eksperymentalnej. Było to początkiem rozwoju nietestowych metod klinicznych i przekreśliło pojmowanie psychologa klinicznego jako testologa. Zarazem zarysowała się koncepcja swoistej, różnej od lekarskiej, diagnozy psychologicznej, polegającej nie na klasyfikowaniu pacjenta do określonej grupy nozologicznej, lecz na opisie i psychologicznym wyjaśnieniu zaburzeń. Okazało się też, że psychologowie kliniczni zdołali w tych "latach pogardy" wytworzyć wyraźne poczucie swej specyfiki i odrębności zawodowej. Wyraziło się to m.in. w zorganizowanej już w dwa lata później przez Komitet Psychologii Stosowanej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oddzielnej Konferencji Psychologów Klinicznych.

Od tego czasu datuje się szybki rozwój psychologii klinicznej w naszym kraju. Praktycznie psychologowie kliniczni wnikają w coraz nowe działy Służby Zdrowia: w kliniki i szpitale pediatryczne, neurologiczne i neurochirurgiczne, w placówki ortopedyczne i zakłady rehabilitacji inwalidów, prewentoria przeciwgruźlicze itd. Od 1956 r. więziennictwo nasze, zgodnie z zawartą w socjalistycznej polityce penitencjarnej ideą resocjalizowania przestępców, zaczyna zatrudniać psychologów w więzieniach, równocześnie apelując

do katedr psychologii, pedagogiki i socjologii o dostarczanie naukowych podstaw dla racjonalnej reedukacji więźniów. Urządza się kursy dokształcające dla psychologów klinicznych, na seminariach organizowanych przez Pracownię Psychometryczną PAN dyskutuje się problemy związane z badaniem testowym. Przy wielu oddziałach Polskiego Towarzystwa Psychologicznego powstają oddzielne Sekcje Psychologii Klinicznej.

Teoretyczny rozwój psychologii klinicznej wiąże się z powstaniem oddzielnej Katedry Psychologii Klinicznej przy Uniwersytecie Poznańskim oraz uniwersyteckich zakładów psychologii klinicznej przy Uniwersytecie Warszawskim i przy Uniwersytecie Jagiellońskim. W instytucjach tych, poza szkoleniem przyszłych psychologów klinicznych, prowadzi się badania mające dostarczyć naukowych podstaw dla praktyki klinicznej, badania metodologiczne oraz dąży się do stworzenia teorii psychologii klinicznej, dostosowanej do polskich warunków i wytyczającej problematykę dalszych badań z tej dziedziny. Sprawy te były przedmiotem obrad II Konferencji Psychologów Klinicznych (w Warszawie, 1962), która poza problemami teoretycznymi przedstawiła również spory dorobek badawczy oraz wysunęła projekt zawodowej specjalizacji dla pracujących już zawodowo psychologów klinicznych (Obuchowski K., 1963).

W chwili obecnej psychologowie kliniczni są w Polsce najlepiej zorganizowaną i najliczniejszą grupą zawodową. Zrzeszeni w Polskim Towarzystwie Psychologicznym, posiada-

ją własne sekcje specjalistyczne, zorganizowane przy miejscowych oddziałach Towarzystwa, wielu z nich jest członkami Towarzystwa Lekarskiego, szczególnie Sekcji Psychoterapii, mają nawiązane kontakty z psychologami zagranicznymi (Czechosłowacja). Podstawowe przygotowanie ogólne i zawodowe zdobywają w pięcioletnim studium na trzech uniwersytetach w Warszawie, Krakowie i Poznaniu, w toku organizacji jest dalsze dwuletnie studium podyplomowe[2].

2. Definicje psychologii klinicznej

Jak wynika z tego, co już zostało powiedziane, psychologia kliniczna jest stosunkowo młodą dyscypliną psychologiczną i tym się tłumaczy, że i określenie jej przedmiotu i zadań wykazuje w różnych krajach i u różnych autorów pewne różnice, a nawet sama nazwa nie jest jeszcze powszechnie przyjęta. Jeśli idzie o nazwę, to używa się również takich określeń, jak "patopsychologia eksperymentalna" (Rubinsztejn S.Ja., 1962), "psychopatologia stosowana" (Jones, w: Eysenck, 1960, s.764), czasem miesza się psychologię kliniczną z psychologią lekarską (Krestchmer E., 1958) itd.

Również i termin "psychologia kliniczna" bywa rozumiany dość różnorodnie. Dla przykładu przytoczymy trzy definicje spotykane w literaturze. Dość powszechna jest koncepcja ograniczająca psychologię kliniczną do psychologicznego badania zaburzeń psychicznych (chorobowych). Tak rozumiana

dyscyplina ta zajmuje się stosowaniem wiedzy i metodologii psychologicznej do pomocy lekarzowi psychiatrze w diagnozie i terapii chorób psychicznych. Na tym stanowisku stoi np. wspomniany Jones, który w konsekwencji utożsamia psychologię kliniczną z "psychopatologią stosowaną".

U autorów amerykańskich dość pospolita jest szeroka definicja określająca psychologię kliniczną jako psychologiczną dyscyplinę "idiograficzną", tzn. zajmującą się studiowaniem psychiki jednostki, w przeciwieństwie do nauk psychologicznych "nomotetycznych", czyli dążących do wykrywania praw ogólnych. Przy takim rozumieniu do psychologii klinicznej zalicza się również poradnictwo zawodowe, porady dla studentów college'ów, badania nad personelem kierowniczym w fabrykach, a zapewne też i selekcyjne badania w przemyśle, bo i one polegają na psychologicznym badaniu jednostek (Wallen, 1964, s.23-4, Abt i Brower, 1952, s.14. Richards, 1946, s.3).

W Stanach Zjednoczonych spotykamy jeszcze inne określenie. Definicja przedstawiona przez sekcję kliniczną Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego brzmi następująco:

"Psychologia kliniczna jest dziedziną psychologii stosowanej, stawiającą sobie jako zadanie określanie zdolności (behavioral capacities) i cech (behavioral characteristica) jednostki za pomocą pomiaru, analizy i obserwacji oraz - na podstawie całokształtu wyników tego

badania, danych z badania lekarskiego i socjalnej historii osobnika - udzielanie porad i zaleceń mających skorygować braki w jego przystosowaniu" (Shaffer i Lazarus, 1952, s.29).

3. Przedmiot i zadania psychologii klinicznej w Polsce

W polskiej praktyce sposób pojmowania psychologii klinicznej ma już pewną tradycję i jest trochę inny niż proponowany przez cytowane definicje. Przede wszystkim nie oznacza on wszelkiego badania jednostek, do psychologii klinicznej nie zalicza się bowiem u nas ani poradnictwa zawodowego dla osób normalnych, np. dla młodzieży szkolnej, ani badań selekcyjnych dokonywanych w przemyśle. Za przedmiot badania psychologii klinicznej uważa się raczej wypadki, które można określić jako "zaburzenia zachowania", jednakże przy pewnym specjalnym rozumieniu terminu "zachowanie". Mianowicie pojęcie to nie oznacza - jak w behawioryzmie - "reakcji na bodziec", ale kierowany przez osobnika akt, nastawiony na realizację jakiegoś ważnego dla niego celu czy też na uniknięcie zagrożenia. Zachowanie jest więc "działaniem" (Szuman S., 1955, s.3) lub "czynnością" (Tomaszewski, 1963), która ma swój psychologiczny mechanizm regulujący, ukierunkowujący zachowanie na określony cel i decydujący o strukturze, energii i rytmie czynności.

Tak rozumiane zachowanie spełnia u człowieka dwie funkcje: po pierwsze - służy zaspokojeniu jego potrzeb osobistych, po drugie - jest rozwiązywaniem zadań stawianych mu przez sytuacje życiowe i określonych wymaganiami charakterystycznymi dla kultury danego środowiska społecznego. Normalnie obie funkcje są ze sobą zestrojone: poprawne rozwiązywanie zadań życia rodzinnego, zawodowego itd. jest również osobistym celem człowieka, tak samo jak rozrywki czy "hobby", które uprawia on dla własnej satysfakcji.

O "zaburzeniu zachowania" będziemy mówić wtedy, gdy nie spełnia ono przynajmniej jednej z dwóch wymienionych funkcji[3]. Będą tu więc należały wszystkie zaburzenia psychotyczne, przy których regulacja czynności jest tak głęboko zaburzona, że eliminuje człowieka całkowicie z życia społecznego, w wielu wypadkach czyni go nawet niebezpiecznym dla siebie i dla otoczenia, a przy tym uzależnia od innych w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb osobistych. Pod określenie nasze podpadają również nerwice: upośledzają one zarówno społeczną aktywność człowieka jak też są dolegliwe dla niego samego, ponieważ nie umie on dać sobie rady z męczącymi objawami, jak fobie, myśli natrętne, czy kompulsje motoryczne. Pojęcie zaburzenia zachowania obejmuje też różnorodne "zaburzenia osobowości", wymieniane w podręcznikach psychopatologii i określane dość różnorodnie jako psychopatie, socjopatie czy - przy stwierdzonych defektach organicznych - jako

charakteropatie, a także niedorozwoje umysłowe i stany otępienne. Pierwsze oznaczają się przede wszystkim asocjalnością, tj. zaburzeniem społecznej funkcji zachowania, drugie - upośledzoną zdolnością do zaspokajania potrzeb osobistych.

Do zaburzeń zachowania zaliczymy ponadto także pewne formy zachowania, które występują u osób najzupełniej normalnych i nie podpadających pod żadną kategorię psychopatologiczną, jak różnorodne czyny przestępcze czy chuligańskie, popełniane z różnych powodów przez osobników fizycznie i psychicznie zdrowych, agresję związaną np. z silną frustracją, dezorganizacją czynności zawodowych pod wpływem przeszkód, z którymi osobnik nie może dać sobie rady itd. Zaburzenia takie są często tylko chwilowymi "błędami", które osobnik sam stopniowo koryguje czy to ucząc się pokonywać przeszkodę, czy też trenując lepsze samoopanowanie. Niemniej jednak i one należą do przedmiotu badania psychologii klinicznej, przede wszystkim z tego względu, że uruchamiają pewne mechanizmy, które w określonych warunkach mogą doprowadzić do zaburzeń przewlekłych. Na przykład nawet pojedynczy stopień niedostateczny, potraktowany przez nauczyciela i rodziców bardzo ostro i w sposób niewyrozumiały, może u niektórych uczniów doprowadzić do niechęci w stosunku do danego przedmiotu. W rezultacie uczeń będzie mniej uczyć się tego przedmiotu, a to z kolei narazi go na dalsze kłopoty, które jeszcze bardziej wzmogą jego niechętną postawę.

Tak może powstać poważne, przewlekłe zaburzenie, upośledzające trwale postępy szkolne ucznia. Krótko mówiąc, pojedyncze błędy i przewlekłe zaburzenia zachowania stanowią elementy jednego, ciągłego procesu, objęte są jednolitymi psychologicznymi prawidłowościami i muszą być traktowane łącznie.

Wbrew poglądom tych autorów, którzy zadanie psychologii klinicznej widzą jedynie w stosunku do praktyki wiedzy teoretycznej i metodologii psychologicznej, w Polsce coraz silniej dominuje pogląd, że zadania te obejmują zarówno naukowe badania zaburzeń zachowania jak też wyzyskanie wyników tych badań w praktyce klinicznej. Jeśli nawet psychologię kliniczną można określić jako pewien dział "psychologii stosowanej", to tylko w tym znaczeniu, jakie przedstawiła M.Żebrowska (1965, s.61). "W nowoczesnym ujęciu - mówi Żebrowska - różne gałęzie psychologii stosowanej nie tylko korzystają z wyników badań teoretycznych, ale prowadzą własne badania nad prawidłowościami działalności ludzkiej w różnych dziedzinach. Badania te są niezbędne dla właściwego ustawienia całokształtu pracy różnych działów psychologii stosowanej i stanowić powinny zasadniczą podstawę działalności praktycznej psychologów".

Badawcze problemy psychologii klinicznej dotyczą, po pierwsze, psychologicznej etiologii zaburzeń zachowania, tj. ich uwarunkowania przez czynniki, które można określić jako "psychologiczne", w przeciwieństwie do czynników "organicznych" (por. s.74), a więc np. przez trudne sytuacje

życiowe, po drugie - czynników zapobiegających występowaniu zaburzeń, np. podnoszących tolerancję na stress psychologiczny i wreszcie po trzecie - psychologicznych zabiegów, za pomocą których można korygować zaburzenie zachowania, jak psychoterapia, reedukacja itp. Problemami tymi są objęte również osoby z organicznym defektem mózgu.

Jednym z bardzo ważnych problemów psychologii klinicznej jest kwestia, w jakim stopniu różne defekty organiczne upośledzają funkcjonowanie ośrodkowego mechanizmu kierującego zachowaniem, a tym samym ograniczają zdolność do poprawnej regulacji stosunków jednostki z otoczeniem. Na tej podstawie dopiero można odpowiedzieć na pytanie, jak dalece konkretne zaburzenia zachowania są u organików uwarunkowane defektem, a jak dalece zależne od szkodliwych wpływów środowiskowych i o ile można je uważać za dostępne psychologicznym oddziaływaniom. Jest to zagadnienie mało jeszcze zbadane, ale bardzo ważne i leżące u podstaw psychologicznej rehabilitacji organików.

Praktyczna problematyka psychologii klinicznej sprowadza się do trzech grup zagadnień - profilaktyki zaburzeń zachowania, ich psychologicznej diagnozy i ich usuwania bądź łagodzenia drogą określonych zabiegów psychokorektywnych. Najważniejsze, choć dziś najsłabiej jeszcze realizowane, są zadania profilaktyczne. Działalność profilaktyczna psychologii klinicznej opiera się na dwóch założeniach, które wydają się zgodne z wynikami dotych-

czasowych badań: pierwsze z nich stwierdza, że każdy normalny człowiek posiada bardzo szerokie możliwości opanowywania działań potrzebnych do rozwiązywania zadań i problemów życiowych, drugie - że u poszczególnych jednostek możliwości te są w różnym stopniu ograniczone przez wrodzone bądź nabyte właściwości ich mózgu i całego organizmu: ograniczenia te wzrastają przy defektach organicznych. Stąd zapobieganie zaburzeniom zachowania musi iść w dwóch kierunkach: raz - przez właściwe wychowanie,umożliwiające maksymalną realizację możliwości jednostki, oraz po wtóre - przez chronienie jej przed zadaniami, które przerastają te możliwości.

Zadaniem psychologii klinicznej jest dostarczyć szkolnictwu, przemysłowi (BHP), wojskowości itd. wiadomości,jak ukształtować w tych dziedzinach praktyki społecznej warunki życia ludzi, aby do maksimum rozwinąć to wszystko, co w nich jest twórcze i wartościowe, a równocześnie uchronić ich przed tym, co przerasta ich możliwości i mogłoby doprowadzić do ich załamania. Sprawy te nabierają tym większej doniosłości, im trudniejsze stają się zadania, jakie przy niezwykle szybkim rozwoju techniki stają przed człowiekiem we współczesnym społeczeństwie: prowadzenie szybkich pojazdów po zatłoczonych drogach, pilotowanie samolotów, szczególnie odrzutowych na dużych wysokościach i przy ogromnych ponaddźwiękowych szybkościach, kierowanie statkami kosmicznymi, kontrola zautomatyzowanych urządzeń fabrycznych - oto przykłady takich

zadań, z których każde stawia ludzkiemu organizmowi określone, niezwykle wysokie i trudne wymagania. Np. u pilota samolotu, lecącego w trudnych warunkach meteorologicznych wyłącznie według przyrządów pokładowych, łatwo o złudzenie przestrzenne związane z sygnałami aparatu przedsionkowego. Powstaje wtedy konflikt pomiędzy pokazaniami aparatów wskazującymi na normalne położenie samolotu i złudzeniem równowagi, wyraźnie mówiącym np. o zagadkowym i niezrozumiałym przechyle. W tych warunkach u niektórych pilotów dochodzi do ostrej dezorganizacji (niedostrzeganie aparatów, fałszywe odczytywanie ich pokazań, utrata zaufania do aparatury), która nieraz kończy się katastrofą (Boesler P., 1965). Konieczna staje się więc zarówno niezwykle staranna selekcja kandydatów do tego rodzaju zawodów, jak też bieżące badania ich stanu psychicznego przed każdorazowym przystąpieniem do pracy, jak wreszcie opracowanie programu szkolenia opartego na naukowej znajomości wymaganych działań, uodparniającego ich na trudności, a uwzględniającego też konieczność wypoczynku i ochrony przed przeciążeniem układu nerwowego. Udział psychologów klinicznych w takich badaniach wydaje się równie ważny jak udział lekarzy, fizjologów itd.

Przy całej doniosłości zadań profilaktycznych w swej codziennej praktyce psycholog kliniczny ma jednak najczęściej do czynienia z diagnozowaniem zaburzeń zachowania oraz z programowaniem i przeprowadzaniem - zwykle wspólnie z lekarzem - psychologicznych zabiegów korektyw-

nych. Te sprawy też - obok podstawowych wiadomości z teorii zaburzeń zachowania - będą głównym przedmiotem obecnego opracowania.

4. Psychologia kliniczna i psychiatria

Psychologia kliniczna przypomina swym charakterem inną naukę stosowaną, mianowicie medycynę, która również nie ogranicza się do działalności praktycznej, ale prowadzi własne badania podstawowe, uogólniając wyniki kliniczne, eksperymentując w laboratorium nad zwierzętami czy korzystając z praktyki klinicznej dla rozwiązywania pewnych problemów naukowych. Szczególnie zbliża się psychologia kliniczna do psychiatrii, choć bynajmniej się z nią nie utożsamia. Różni się ona mianowicie od psychiatrii dwoma zasadniczymi cechami: przede wszystkim dziedzina jej zainteresowań jest szersza, ponieważ zaburzenia zachowania obejmują - jak o tym przed chwilą była mowa - obok zjawisk patologicznych, interesujących również psychiatrę, szereg zaburzeń nie wchodzących w zakres patologii i leżących w sferze tzw. "normy" psychicznej. Po drugie zaś nawet tam, gdzie psychologia kliniczna zajmuje się tymi samymi zjawiskami co psychiatria, ujmuje je w odmiennym aspekcie.

Psychiatria jest nadal bardzo silnie związana z medycyną ogólną, tj. z wykształceniem typu biologicznego, a z wyraźnym niedokształceniem w dziedzinie współczesnej psy-

chologii. W rezultacie większość psychiatrów wskutek nieznajomości psychologicznych praw rządzących zachowaniem i jego zaburzeniami, jest skłonna traktować psychopatologiczne symptomy i syndromy - zgodnie ze swoim fachowym przygotowaniem - z jednostronnie biologicznego punktu widzenia, jako wyraz pewnych wrodzonych lub nabytych cech organicznych, decydujących o patologicznej "predyspozycji" osobnika, nie docenia zaś zależności zachowania od czynników psychologicznych, przede wszystkim społecznych. Jest to niewątpliwie częściowo uwarunkowane zdrową reakcją na fantastykę niektórych kierunków patopsychologii, np. szkół psychoanalitycznych, w rezultacie jednak prowadzi do jednostronnego i niepełnego poglądu na zaburzenia psychiczne.

Psychologia kliniczna zajmuje się właśnie przede wszystkim tym "psychologicznym aspektem" zaburzeń psychicznych. Nie jest ona bynajmniej identyczna z psychoanalizą, a choć wchłonęła pewne wartościowe idee różnych kierunków psychoanalitycznych, w jeszcze większym stopniu opiera się na badaniach nad uczeniem się i odruchowością warunkową, nad swoistościami działania w stressie psychicznym itd. Dysponując już sporym zasobem faktów, pewną - choć stale jeszcze nie wystarczającą - znajomością praw psychologicznych, rządzących powstawaniem zaburzeń zachowania oraz psychologicznych mechanizmów, które można uruchamiać w celach korektywnych, rozpatruje ona patologiczne zaburzenia zachowania w kontekście społecznym, widząc w nich nie tylko

przyczynę zakłóceń w stosunkach osobnika z jego otoczeniem, ale też częściowy, a nieraz nawet całkowity skutek tych zakłóceń. Doceniając znaczenie uwarunkowań biologicznych, np. organicznych defektów mózgu, bierze ona jednak pod uwagę, że nawet chory psychicznie pozostaje istotą społeczną i analizuje wpływ, jaki na patologiczne zachowanie mają aktualne stosunki społeczne chorego, jak dalece one prowokują te zachowania, a nawet pogarszają jego stan i stara się je tak kształtować, aby nie szkodziły mu, a przeciwnie, działały korektywnie. Ponieważ człowiek jest zarówno żywym organizmem jak i członkiem społeczeństwa, oba ujęcia, biologiczne i psychologiczne, dają dopiero pełny pogląd na choroby psychiczne, ich genezę i właściwy sposób walki z nimi.

II. NIEKTÓRE PROBLEMY TEORII ZACHOWANIA

1. Z a c h o w a n i e   i   s a m o r e g u l a c j a

a) Regulacja i samoregulacja

Dla zrozumiałego przedstawienia zagadnień psychologii klinicznej konieczne jest dokładniejsze rozwinięcie naszkicowanego w poprzednim rozdziale pojęcia zachowania oraz omówienie podstawowych wiadomości o jego mechanizmie i czynnikach, od których on zależy. Są to problemy, które można zaliczyć do szeroko rozumianej teorii zachowania[4].

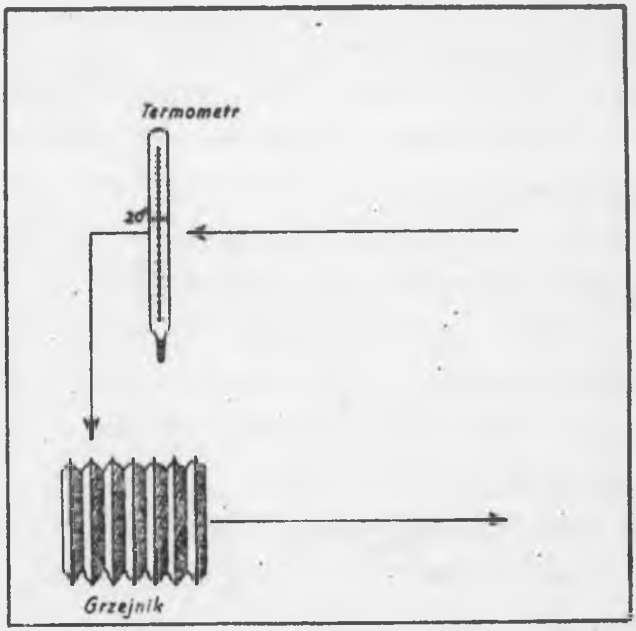
Wyjdziemy od wspomnianej już poprzednio tezy podstawowej, tj. stwierdzenia, że zachowanie nie jest mechaniczną "reakcją" na układ "bodźców" jak sądzili np. behawioryści ze szkoły Watsona, ale czynnością, za pomocą której organizm reguluje swoje stosunki z otoczeniem. Termin "regulacja" jest jednym z fachowych pojęć cybernetyki jako nauki o sterowaniu i posiada w niej swoją fachową definicję (por. Ashby, 1963, s.271, Poletajew, 1961, s.127 i in.); w tym miejscu jednak zajmiemy się nim tylko o tyle, o ile jest to potrzebne dla przedstawienia problemów związanych z zachowaniem.

Fakty, na których opiera się teza o regulacyjnej funkcji zachowania, były znane od dawna. Są to różnice w zachowaniu istot żywych i ciał martwych. Ciała martwe są bierne, poruszają się wtedy, gdy zadziała na nie z zewnątrz jakaś siła, nie stawiają oporu zniszczeniu, nie rozwijają się, istoty żywe natomiast mają źródło ruchu w sobie, rozwijają się od formy zaczątkowej do uzyskania postaci dojrzałej, goją rany, niektóre z nich umieją nawet regenerować utracone członki, przede wszystkim zaś działają celowo, bronią się przed uszkodzeniami oraz dążą do zdobycia tego wszystkiego, co jest im potrzebne do utrzymania się przy życiu i w stanie zdrowia. Zjawiska te nasunęły starożytnym filozofom przypuszczenie, że w żywym ustroju działa swoista siła, "dusza", "psyche", która zarówno jest czynnikiem życia i rozwoju jak i instancją kierującą - poprzez myśli, uczucia i dążenia - zachowaniem organizmu w środowisku. Z chwilą gdy w XIX wieku problem duszy został ostatecznie relegowany z psychologii do metafizyki i teologii, wyjaśnienie to okazało się niewystarczające, ale problem został i czekał na naukowe rozwiązanie. Przyniosła je teoria regulacji.

Na czym polega "regulacja"? W życiu codziennym używamy tego terminu dla oznaczenia czynności kierowania funkcjami jakiegoś przyrządu, np. mówimy o regulowaniu zegarka, kaloryferu itp. Regulowanie polega na takim kierowaniu funkcjami danego mechanizmu, aby działał on w sposób prowadzący do pewnego pożądnego efektu. Jeśli np. w poko-

ju chcemy utrzymać stałą temperaturę równą 20°C (efekt), niezależnie od tego, czy na dworze jest zimniej czy cieplej, musimy odpowiednio regulować siłę grzania w kaloryferze. Gdy temperatura na dworze podniesie się, trzeba dopływ pary do grzejnika zmniejszyć - gdy zaś nastanie silny mróz - dopływ pary należy zwiększyć. Nazywając efekt, który chcemy uzyskać przez regulowanie "standardem regulacji", można czynność regulowania określić jako takie kierowanie funkcjami mechanizmu, aby działał on według danego, z góry ustalonego standardu.

Potrafimy dziś budować maszyny, które mają wbudowane mechaniczne urządzenia regulujące. Jeśli kaloryfer połączyć z termometrem rejestrującym temperaturę w pokoju, tak że przy przekroczeniu temperatury 20°C urządzenie samo zamyka dopływ pary, a przy jej obniżeniu poniżej standardu otwiera wentyl - otrzymuje się układ mechaniczny zwany "termostatem", o którym można powiedzieć, że posiada właściwość s a m o r e g u l a c j i, tzn. sam reguluje swoje działanie według wmontowanego weń standardu. Istotą samoregulacji jest s p r z ę ż e n i e z w r o t n e pomiędzy działaniem mechanizmu i jego skutkami: skutek, np. obniżenie temperatury w pokoju poniżej standardowej, wpływa wstecznie na działanie mechanizmu, w tym przypadku nasila pracę grzejnika, likwidując w ten sposób odchylenie temperatury w pokoju od przyjętego standardu (por.ryc.1). Takie sprzężenie zwrotne nazywamy "ujemnym". Gdyby natomiast regulacja



Ryc. 1

polegała nie na likwidacji odchyleń od standardu, ale na ich nasileniu (np. na dalszym zmniejszeniu siły grzania w kaloryferze przy opadnięciu temperatury poniżej standardowej), mielibyśmy do czynienia z "dodatnim" sprzężeniem zwrotnym.

W oparciu o zasadę sprzężenia zwrotnego zbudowano mechaniczne urządzenia samoregulujące się, znacznie bardziej skomplikowane od termostatu. Homeostat Ashby'ego utrzymuje się w stałym stanie równowagi, eliminując wszystkie odchylenia od tego stanu, wywołane czynnikami zewnętrznymi, "żółw elektryczny" W.Graya samoczynnie porusza się, wymija przeszkody, gdy wyczerpią się zasilające akumulatory aktywnie szuka kontaktów elektrycznych,

z których mógłby pobrać "pokarm", mechaniczny "szczur" Shannona nawet "uczy się" znajdować właściwą drogę w labiryncie itp. (por. Grey W., 1961, s.110, Sluckin W.,1957, s.71). Pozwoliło to spojrzeć z nowego punktu widzenia na celowość zarówno w funkcjach somatycznych jak i w zachowaniu istot żywych: celowość dała się wyjaśnić samoregulacją opartą na sprzężeniach zwrotnych.

Mechanizmy samoregulacyjne czynne w organizmie można podzielić na s o m a t y c z n e, zarządzane przez autonomiczny układ nerwowy (AUN) i kierujące pracą narządów wewnętrznych oraz "ośrodkowe", stanowiące funkcję ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i kierujące zachowaniem osobnika w otoczeniu. Choć psychologa głównie interesuje ośrodkowa samoregulacja, kilka słów trzeba powiedzieć również o mechanizmach somatycznych, ponieważ organizm stanowi całość, a pomiędzy AUN i OUN zachodzą wzajemne zależności, z którymi nieraz spotykamy się przy omawianiu zaburzeń zachowania.

b) Samoregulacja somatyczna

Badania Claude Bernarda, W.Cannona, H.Selyego i innych pozwalają w samoregulacji somatycznej wyróżnić dwie grupy urządzeń: stabilizatory wewnętrznej równowagi oraz mechanizmy obronne i imunizacyjne. Zadaniem stabilizatorów jest utrzymanie w granicach normy fizjologicznej takich właściwości ustroju, jak temperatura, skład chemiczny tkanek, zawartość wody, szybkość tętna, ciśnienie krwi itd. Jeśli

ustrój ma funkcjonować poprawnie, właściwości te mogą się zmienić tylko w ciasnych granicach, każde ich większe i dłużej trwające wychylenie zakłóca wewnętrzną równowagę organizmu i może stanowić o jego chorobie, a nawet zgonie. Ponieważ zarówno procesy metaboliczne zachodzące w samym organizmie jak też zmiany w jego otoczeniu (np. wahnięcia temperatury atmosferycznej) stale wytrącają organizm ze stanu fizjologicznej równowagi, musi on być wyposażony w urządzenia regulujące, które każdorazowo likwidują owe odchylenia i przywracają standard fizjologicznej normy. Zdolność żywego ustroju do utrzymania się w stanie normy fizjologicznej określa się, za Cannonem, jako "homeostazę" (od dwóch greckich słów - "homoios", taki sam i "stasis" - stan).

Druga grupa somatycznych urządzeń samoregulacyjnych służy do likwidacji uszkodzeń, goi rany, walczy z bakteriami, które wtargnęły w głąb organizmu itd., poza tym zaś zabezpiecza ustrój przed dalszymi szkodami danego rodzaju, mianowicie przez wytwarzanie przeciwciał decydujących o specyficznej odporności na przebytą chorobę zakaźną. H.Selye (1960) określił stan, jaki w organizmie wywołuje czynnik uszkadzający czyli "stressor", terminem "stress" i opisał przebieg walki ustroju ze stressorem. Istotą tego procesu jest stopniowe przystosowanie ustroju do danego stressora i stąd Selye nazwał go "zespołem adaptacyjnym" (adaptation syndrome). Na proces przystosowania składają się dwa podzespoły, lokalny czyli LAS (local

adaptation syndrome) i ogólny, GAS (general adaptation syndrome). LAS powstaje w miejscu zaatakowanym przez dany stressor i ma charakter specyficzny, dostosowany do natury danego stressora, natomiast GAS obejmuje reakcje niespecyficzne, stanowiące stereotypową odpowiedź organizmu na każdy stressor.

GAS przebiega w trzech fazach:

1) Faza alarmowa polega na ogólnej mobilizacji organizmu poprzez mechanizmy endokrynologiczne,

2) w fazie przystosowania, czyli odporności, odczyn obronny koncentruje się w miejscu uszkodzenia, wzmacniając tam LAS i wreszcie

3) stadium trzecie, określone jako faza wyczerpania, zachodzi wtedy, gdy w fazie drugiej nie udaje się zlikwidować uszkodzenia: następuje wówczas ponowne uogólnienie zaburzenia, stanowiące jednak tym razem objaw nie mobilizacji, ale utraty przez ustrój zdolności ochronnych. O ile organizm nie otrzyma wówczas pomocy lekarskiej, następuje zgon.

c) Zachowanie i samoregulacja ośrodkowa

Samoregulacja autonomiczna stanowiąca istotę celowości w przebiegu procesów somatycznych, obejmuje mechanizmy zawiadujące gospodarką wewnętrzną organizmu i zabezpiecza mu minimum warunków potrzebnych do utrzymania życia i zdrowia, jednakże owa - jak ją określił Cannon - "mądrość ciała" nie wystarcza całkowicie do tego celu. Organizm

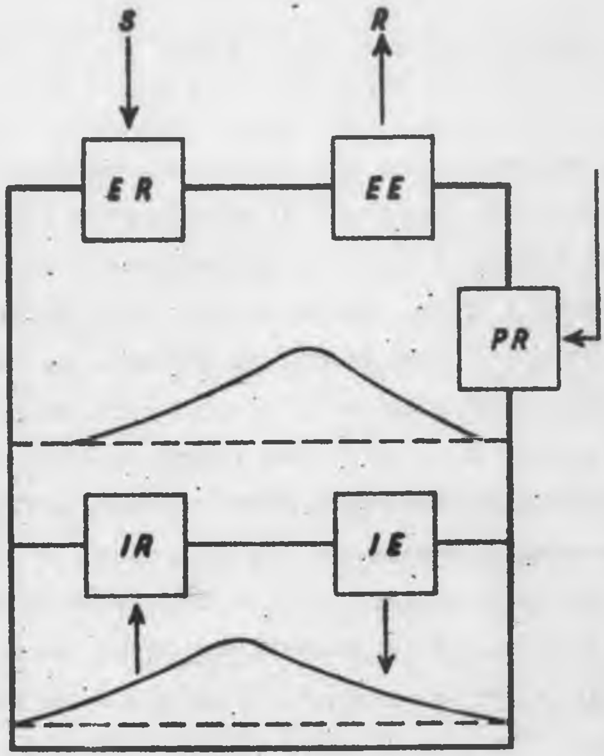
dysponuje ograniczonymi możliwościami uzupełnienia z własnych zasobów niedoboru wody czy cukru, musi więc pobierać stale odpowiednie substancje ze swego otoczenia, a od gojenia ran ważniejsza wydaje się umiejętność obrony przed czynnikami zewnętrznymi, które zadają rany. Służą temu mechanizmy zarządzane przez OUN i zawiadujące "polityką zewnętrzną", tj. zachowaniem istoty żywej w środowisku.

Celowość zachowania polega na ukierunkowaniu go na pewien efekt końcowy, czyli "cel", np. na spożycie określonego pokarmu, picie wody, poznanie otoczenia, kontakt z osobnikiem płci przeciwnej, zabezpieczenie przed zagrożeniem itd. Cel pełni rolę standardu samoregulacji, a czynność regulowania polega na takim kierowaniu zachowaniem, aby cel dał się osiągnąć. Jeśli zwierzęciu głodnemu postawić na drodze do pokarmu takie czy inne przeszkody, widzimy że stara się one je przezwyciężyć czy obejść i pomimo wszystko dojść do celu. Regulacja zachowania przypomina więc działanie termostatu, który "dążąc" do utrzymania w pokoju standardowej temperatury, reguluje swoje działanie w zależności od okoliczności.

Ale regulacja zachowania jest zjawiskiem bardziej skomplikowanym, przede wszystkim przez to, że obejmuje nie tylko regulowanie realizacji celu, ale również regulację samych celów. Termostat posiada jeden stały "kierunek działania", wmontowany mu przez człowieka, organizm dąży do różnych celów, które sam sobie wyznacza w zależności od

okoliczności zewnętrznych i wewnętrznych. Jeśli zwierzę przez dłuższy okres czasu pozbawić wody, będzie dążyć do wody, jeśli je przegłodzić - będzie dążyć do pokarmu, a gdy zagrozi mu z zewnątrz jakieś niebezpieczeństwo - będzie bronić się przed nim np. ucieczką w miejsce bezpieczne. Standard regulacji celów można określić jako "równowagę nerwową". Zakłócają ją popędy, wywoływane częściowo od wewnątrz, przez wahnięcia fizjologicznej równowagi, potrzeby organiczne, np. niedobór cukru, wody itp.), częściowo zaś od zewnątrz przez sytuacje niebezpieczne (strach), nowe (popęd badawczy) i in. Popęd, zakłócając równowagę nerwową, stawia osobnikowi jednocześnie cel, którego realizacja prowadzi do eliminacji popędu, a tym samym do przywrócenia standardu nerwowej równowagi, pośrednio zaś również do utrzymania fizjologicznej równowagi ustroju i ochronienia go przed szkodami fizycznymi.

Stosunki między regulacją somatyczną i ośrodkową są przedstawione schematycznie na ryc.2. Wychylenie od fizjologicznej normy, oznaczone linią falistą w dolnej części rysunku (AUN) odbierają interoreceptory (IR), w rezultacie zaś zostają uruchomione autonomiczne urządzenia regulujące, które poprzez odpowiednie interoefektory (IE) usuwają odchylenie i przywracają stan normy. Jeśli np. wskutek podniesienia temperatury w otoczeniu nadmiernie wzrośnie temperatura ciała, uruchomiony zostanie mechanizm zwężający naczynia krwionośne i mechanizm wydzielania potu, co doprowadza do ochłodzenia ciała.Równocześnie



Ryc. 2

jednak człowiek odczuwa, że "jest mu gorąco", tzn. wzrost temperatury ciała zostaje zasygnalizowany OUN, zaburzając nerwową równowagę (falista linia w górnej części rysunku OUN). W grę wchodzą wówczas eksteroreceptory (ER), ośrodkowe urządzenia regulujące i eksteroefektory (EE): osobnik otwiera okno, lżej się ubiera itd. Przebieg działania jest zarejestrowany zwrotnie zarówno przez ER (człowiek widzi efekty swego działania) jak i przez proprioreceptory (PR), co umożliwia regulację wykonywanej czynności. W podobny sposób można przedstawić na schemacie przebieg zaspokajania głodu, pragnienia itp.

2. P s y c h i c z n y m e c h a n i z m z a c h o w a n i a

Procesy nastawiające zachowanie na określony cel, dostosowujące je do właściwości przedmiotów wchodzących w skład danej sytuacji oraz mobilizujące do działania aż do chwili uzyskania celu, można nazwać "psychicznym" mechanizmem zachowania. Nie znaczy to jednak, że jest to oddzielna, "duchowa" czynność, która kieruje zachowaniem tak, jak np. dyrektor kieruje pracą fabryki. Koncepcja niematerialnej psychiki powstała prawdopodobnie stąd, że mechanizm zachowania można rozpatrywać niejako z dwóch punktów widzenia, raz jako materialny proces nerwowy polegający na przewodzeniu impulsów z receptorów przez ośrodki do efektorów, a raz - "od wewnątrz", mianowicie za pomocą tzw. introspekcji. Ale już Fechner mówił o "identyczności" procesów psychicznych i nerwowych, tj. wysuwał koncepcję,którą można by nazwać "psychologiczną teorią względności", a W.Stern przeformułował ją w tezę o "psychofizycznej neutralności" człowieka, według której "to co psychiczne" i "to co fizyczne" stanowi w człowieku nierozerwalną jedność.

Dziś powstają jeszcze inne, lepsze możliwości rozwiązania tego problemu w oparciu o pewne elementy cybernetyki i teorii informacji. Można mianowicie powiedzieć, że procesy nerwowe, składające się na mechanizm zachowania, polegają w istocie na przekazywaniu przez sieć nerwową informacji o tym, co się dzieje w samym organizmie i w jego otoczeniu. Informacje są przez układ nerwowy kodowane szy-

frem impulsów elektrycznych i w tej formie przekazywane do ośrodków, gdzie ulegają odpowiedniej przeróbce na podstawie zamagazynowanego w mózgu doświadczenia, a potym są podawane dalej, do efektorów. Tak pojmowane procesy nerwowe posiadają dwojakie właściwości. Po pierwsze - stanowią czynność bioelektryczną (i biochemiczną) określonych struktur nerwowych: ten ich aspekt bada neurofizjolog, poznając jednak w ten sposób tylko technikę przekazywania informacji. Wyjaśnienie zachowania wymaga jednak również znajomości treści informacji biegnących przez sieć nerwową. Treść informacji nie mieści się w siatce pojęć fizjologicznych, stanowi psychologiczną właściwość procesów kierujących zachowaniem i jest przedmiotem psychologii jako oddzielnej nauki[5]. Procesy nerwowe wchodzące w skład mechanizmu zachowania można więc równie dobrze określić jako "psychiczne" jak też jako "fizjologiczne", dadzą się one bowiem opisywać podwójnymi terminami: psychologicznymi, gdy bierzemy pod uwagę treść informacji oraz fizjologicznymi, gdy opisujemy sposób, w jaki informacje są szyfrowane i przewodzone przez określone struktury nerwowe. Takie ujęcie, podkreślające - równie jak dawniejsze teorie - nierozdzielność "tego co jest psychiczne" i "tego co fizyczne", jest jednak lepsze od tamtych, ponieważ dokładniej określa stosunek psychicznych i fizjologicznych właściwości procesów kierujących zachowaniem, uwzględniając znaczenie jednych i drugich dla

wyjaśnienia zachowania i wskazując na drogę, jaką powinna iść naukowa synteza danych psychologii i neurofizjologii.

Mówiąc o psychicznej regulacji zachowania, nieco uwagi należy poświęcić również pojęciu świadomości i roli, jaką ona gra w procesach regulacyjnych. W życiu codziennym zachowania szczególnie sprawne, twórcze przypisujemy świadomemu kierowaniu przez człowieka własnym działaniem, ze świadomością wiążemy też odpowiedzialność za własne czyny (por. np. Łuniewski W., 1950 s.15). Niemniej jednak tradycyjne pojęcie świadomości, oparte na danych introspekcyjnych, jako swoistego zjawiska niematerialnego, nieprzestrzennego, istotnie różnego od zjawisk fizycznych, jest wyraźnie niezgodne z podaną wyżej koncepcją "psychiki". Zwróćmy jednak uwagę na to, że sposób, w jaki człowiek obiektywnie "przeżywa" własną świadomość, nie jest tym samym co obiektywne cechy tak przeżywanego procesu. Sytuacja wydaje się tu podobna jak przy subiektywnym przeżywaniu barw przedmiotów zewnętrznych: pewne przedmioty przeżywamy subiektywnie jako czerwone, ale wiadomo, że przedmioty te mają również pewne cechy obiektywne, mianowicie taką strukturę fizyczną, że z padającego na nie światła białego pochłaniają wszystkie fale za wyjątkiem fal o długości ok.700 milimikronów. Można więc równie dobrze zapytać, jakie cechy obiektywne posiadają procesy regulacyjne przeżywane przez człowieka jako "świadome". Otóż już Pawłow twierdził, że świadomość wiąże się z optymalną pobudliwością mózgu i twórczym charakterem powstających wów-

czas procesów nerwowych, umożliwiających osobnikowi rozwiązywanie nowych problemów i uczenie się. (Pawłow, 1952, s.214-215, por.Lewicki A., 1960, s.64), inaczej mówiąc, że zależy ona od napięcia w sieci nerwowej. Jak wiadomo sieć nerwowa znajduje się stale pod napięciem, które jednak raz wzmaga się, a raz słabnie, zależnie od czynników działających w samym organizmie i od bodźców oddziałujących na receptory[6]. Napięcie to określa się nieraz jako "poziom aktywizacji" mózgu (Lindsley, Duffy i in., por. Woodworth i Schlosberg, 1963, I, s.167-68). Zmiany, jakim ulega u osobnika poziom aktywizacji, można ułożyć według pewnego continuum od najniższego, w głębokim śnie (bądź, jeśli weźmiemy pod uwagę też formy patologiczne - w stanie komy), poprzez różnie silną senność aż do pełnej przytomności, która jednak pod wpływem określonych bodźców, np. czyjegoś denerwującego zachowania się, przechodzi w podniecenie, ulegając dalszemu stopniowaniu aż do stanów bardzo silnego podniecenia (wściekły gniew, paniczny strach). Dalej na continuum leżą już patologiczne stany afektywne, jak np. afekty u osób z padaczką. Pełną świadomość można powiązać z dość wąskim zakresem tej skali, który da się utożsamić ze stanem pełnej przytomności (por.ryc.3). Przy wahnięciach aktywizacji w górę i w dół świadomość słabnie, a tym samym obniża się zdolność człowieka do poprawnego kierowania swoim postępowaniem (por. Tomaszewski T., 1964, s. 64).

<------- świadomość ------->

koma: sen: senność: przytomność: podniecenie: afekt.......

Ryc.3

Przy pełnej świadomości człowiek nie tylko jest zdolny do sprawnego odbierania i przerabiania informacji,ale także do samoświadomości i samokontroli. Już Freud sądził, że tzw. "introspekcja" jest w istocie mechanizmem "cenzurowania" procesów psychicznych, cenzurę jednak pójmował jednostronnie, jako mechanizm patologiczny. Bardziej poprawna wydaje się koncepcja samoświadomości jako samoorientacji i kontroli procesów kierujących postępowaniem. Ta kontrola wewnętrzna łączy się ściśle z kontrolą zewnętrzną, tj. kontrolą wykonywanych aktualnie działań, stanowiąc w ten sposób istotny i niezbędny składnik mechanizmu regulacyjnego (por. Lewicki A., 1965, s.46). Z obserwacji klinicznej jest rzeczą znaną, że w stanach silnego podniecenia cierpi przede wszystkim samoorientacja i samokontrola, wskutek czego człowiek traci panowanie na sobą i zdolność kierowania swoim postępowaniem. Przy takim ujęciu świadomość pojmowana jest jako przytomność, tj. twórczy stan mózgu, umożliwiający sprawną orientację w otoczeniu i samoorientację, związany z pewnym optymalnym zakresem aktywizacji i harmonijnie układającej się w ramach omawianej teorii.

3. Składniki mechanizmu zachowania

W zachowaniu pojmowanym jako akt regulacji stosunków żywej istoty z otoczeniem, można wyróżnić trzy podstawowe cechy: kierunek, czyli nastawienie na określony cel, sprawność związaną ze strukturą działania mniej lub bardziej adekwatną do okoliczności oraz dynamikę, wyrażającą się zarówno w energii i rytmie samego działania jak też w towarzyszących mu ruchach mimicznych i pantomimicznych oraz reakcjach somatycznych (zmiany w pracy serca, płuc itd.). Energia działania może być czasem znikoma, ale nasilenie zmian somatycznych wskazuje na dużą dynamikę. Gdy np. ktoś bardzo rozgniewany mocno nad sobą panuje, działanie jego może ograniczyć się do wypowiedzenia spokojnym głosem kilku zdań, nawet ruchy mimiczne mogą być zupełnie nieznaczne, ale równoczesne zmiany somatyczne wskazują, że nie jest on wcale mało aktywny, lecz dokonuje wysiłku o dużej dynamice.

Na podstawie tych cech zachowania określamy procesy wchodzące w skład mechanizmu, który nim kieruje. Można mianowicie wyróżnić dwie grupy, procesy motywacyjne i procesy umysłowe.

Pierwsze dadzą się jeszcze podzielić na dążenia i emocje. Dążenia nadają działaniu kierunek, a równocześnie podnoszą w mniejszym lub większym stopniu poziom aktywizacji organizmu, co stanowi o ilości energii, jaką człowiek wkłada w realizację dążenia. Ów energetyczny ładunek

odpowiada mniej więcej temu, co nazywa się "emocją" (Lindsley, por. Woodworth-Schlosberg, 1963, I, s.167),subiektywnie jest odczuwany jako zróżnicowane, słabsze lub silniejsze wzruszenie, a na zewnątrz przejawia się w dynamice zachowania. Przy bardzo wysokich poziomach aktywizacji zachowanie nabiera charakteru impulsywnego, typowego dla afektów (Woodworth-Schlosberg,l.c., s.169).

Procesy umysłowe można podzielić na trzy grupy: orientację w otoczeniu, planowanie działań i samoorientację. Orientacja w otoczeniu - to poznawanie wartości, jaką sytuacja przedstawia dla osobnika lub niebezpieczeństw,jakimi mu zagraża oraz środków, których ona dostarcza dla zdobycia danej wartości względnie dla uniknięcia niebezpieczeństwa. Orientacja w otoczeniu odgrywa więc poniekąd rolę mapy, według której osobnik kieruje swym działaniem w danej sytuacji. Informacje o otoczeniu są wyzyskiwane w planowaniu działań. Planowanie - to wykonywanie "w głowie" zamierzonych działań, przewidywanie ich skutków i wprowadzanie odpowiednich poprawek tak długo, aż osobnik znajdzie właściwy sposób rozwiązania dla stojącego przed nim problemu sytuacyjnego. W psychologii omawia się te procesy w dziale "myślenia" i "wglądu".

Z procesami orientacji w otoczeniu i planowania przeplata się samoorientacja. Pełni ona funkcję kontroli, a działa na podstawie informacji zarówno o procesach sterujących zachowaniem (tj. procesach motywacyjnych, orientacji w otoczeniu i procesach planowania - kontrola wew-

nętrzna), jak też - później - o faktycznie już wykonywanym działaniu (kontrola zewnętrzna). Dzięki samoorientacji więc człowiek najpierw kontroluje swoje motywy (np. z punktu widzenia ich realności lub zgodności z kodeksem moralnym), ocenia czy poprawny jest jego obraz aktualnej sytuacji oraz jak dalece mogą być efektywne planowane działania. Po przystąpieniu do działania procesy samoorientacji trwają dalej. Na podstawie zmian, jakie zachodzą w sytuacji pod wpływem działania oraz proprioceptywnych informacji o wykonywanych ruchach działający kontroluje, o ile działanie zbliża go do celu, wprowadza doraźne poprawki do planu, zwalnia lub nasila tempo działania itd. I wreszcie po zakończeniu działania samoorientacja przybiera postać retrospekcji, tj. analizy popełnionych błędów, trafnych posunięć, możliwości lepszych rozwiązań, tak jak u brydżystów, którzy po zakończeniu robra jeszcze raz rozgrywają go we wspomnieniu. Retrospekcja ma duże znaczenie dla dalszych działań i stanowi ważny czynnik uczenia się.

4. Swoistość procesów regulacyjnych u człowieka

a) Regulacja zachowania u zwierząt

Mechanizmy zachowania u zwierząt są częściowo wrodzone i zlokalizowane, u kręgowców, głównie w ośrodkach podkorowych. Mowa tu o regulacji instynktownej. W instynkcie wyróżnimy za Mc.Dougallem, trzy człony: 1) "środko-

wy", popędowo-emocjonalny, powstający przy zakłóceniu fizjologicznej równowagi ustroju lub pod wpływem określonych bodźców zewnętrznych (ból, hałas, nowe otoczenie) oraz dwa człony "boczne", tj.2) człon poznawczy, dzięki któremu osobnik orientuje się w wartości przedmiotów i środkach działania i 3) człon motoryczny, zawiadujący samym działaniem. Całe te skomplikowane urządzenie jest wrodzone i wypływa z "doświadczenia gatunku", a jego podstawową funkcją jest zaspokajanie potrzeb biologicznych osobnika, obrona przed szkodami fizycznymi i opieka nad potomstwem (instynkt macierzyński). Ale funkcja instynktów wykracza poza znaczenie biologiczne. Np.instynkt badawczy wywołujący czynności eksploracji i manipulacji, szczególnie w nowym otoczeniu, nie pozostaje z związku z biologicznymi potrzebami organizmu (Harlow, 1956, s.39), zdarzają się również wypadki preferencji do pokarmów nie tylko bezwartościowych biologicznie (np. u szczurów picie wody osłodzonej sacharyną, por. Woodworth-Schlosberg,1963 II, s.202), ale nawet wręcz szkodliwych (Kluckhohn i Mowrer, w: Hunt McV, 1944, I, s.71). Można na tej podstawie dojść do wniosku, że już instynktowna samoregulacja posiada pewną "autonomię funkcjonalną" (Allport G.) w stosunku do biologicznych potrzeb organizmu.

Obok regulacji wrodzonej występuje u zwierząt indywidualne uczenie się nowych schematów regulacyjnych. Wykazano je już na niskich stosunkowo szczeblach drabiny ewolucyjnej, mianowicie u robaków (Yerkes, Heck,Malek i in.,

por. Dembowski, 1946, s.228) u pszczół (ibidem, s.240) itd. U kręgowych zdolność uczenia się jest wyraźnie związana z rozwojem kory mózgowej. Ssaki, jak szczury, koty, psy, a szczególnie małpy uczą się orientować w wartości przedmiotów według ich cech sygnalizacyjnych (wygląd, zapach, odgłosy), potrafią też opanować nowe działania zdobywcze i obronne dostosowane do danej sytuacji,tj. plastyczny, zdolny do rozbudowy w drodze indywidualnego uczenia się, okazuje się u nich zarówno poznawczy jak i motoryczny człon instynktu.

b) Społeczny charakter regulacji u człowieka

U człowieka instynkty jako samoistny mechanizm regulacyjny nie odgrywają istotnej roli, niektórzy twierdzą nawet, że istnieją one tylko w stanie szczątkowym, jako człony środkowe pozbawione całkowicie członów bocznych (Mazurkiewicz, 1950, s.37). Stanowisko to jest prawdopodobnie zbyt skrajne (por.np. eksperyment Davisa wskazujący, że małe dzieci, tak jak i zwierzęta, potrafią bez nauki regulować ilość i jakość substancji pokarmowych potrzebnych im do normalnego funkcjonowania (Morgan,1961, s.72 oraz inne przykłady ibid. s.67, a także Ekel 1964, s.207). Niewątpliwie jednak u ludzi główna rola w kierowaniu zachowaniem przypada mechanizmom korowym, wytwarzanym w toku indywidualnego życia.

Mechanizmy te są ilościowo i jakościowo różne niż u zwierząt, co wiąże się z jednej strony - z wyższym rozwo-

jem kory, umożliwiającym opanowanie znacznie bardziej skomplikowanych operacji przewodzenia i przerabiania informacji, z drugiej - ze swoistym rodzajem tych informacji i specyficznym doświadczeniem, jakie gromadzi człowiek,żyjąc w środowisku społecznym. Specyficzną cechę ludzkiego środowiska społecznego stanowi to, że jest ono producentem kultury. Kultura to zarówno wytwarzane zbiorowo przedmioty materialne, budynki, narzędzia, urządzenia techniczne itd., jak też język, nauka, sztuka, religia, prawo, moralność czy obyczaje (por. Szczepański J., 1963, s.43 - 44). Kultura, dzięki zawartym w niej wartościom materialnym, ułatwia człowiekowi zaspokojenie biologicznych wymagań organizmu tym bardziej, im wyżej jest w społeczeństwie rozwinięta nauka i technika, równocześnie jednak nakłada na niego zobowiązanie postępowania zgodnego z wartościami i normami postępowania, akcentowanymi w danym społeczeństwie.

Społeczeństwo usiłuje z zewnątrz regulować postępowanie jednostek, tak aby postępowały one zgodnie ze stawianymi im wymaganiami. Ponieważ człowiek jest istotą żywą, obdarzoną zdolnością samoregulacji, proces ten polega nie - jak przy kierowaniu maszynami - na fizycznym oddziaływaniu, lecz na stosowaniu presji i zachęt. Istotą presji jest takie operowanie karami, aby jednostka, wykonując działanie niezgodne z wymaganiami społecznymi lub nie wykonując działania zgodnego z nimi, przewidywała, że spotka ją za to określona kara, natomiast zachęty wytwarza się w

sposób analogiczny w stosunku do zachowań zgodnych z wymaganiami, przez operowanie odpowiednimi nagrodami. Kary wymierzają określone organy państwowe, np. sąd, przełożeni w stosunku do podwładnych, wychowawcy w stosunku do wychowanków, swoistą karą bywa również potępienie przez opinię publiczną czy "bojkot towarzyski", nagrody mają postać pochwał, uznania, premii pieniężnych, awansu, odznaczeń itp. W tych warunkach człowiek który - jak każda żywa istota - ma tendencję do utrzymania nerwowej równowagi, zwykle podporządkowuje się stawianym wymaganiom,tzn. stawia sobie i realizuje cele zgodne z nimi.

Ale bywa i tak, że dostosowanie się do wymagań jest niemożliwe, czy to dlatego, że wymagania są za wysokie i przekraczają możliwości jednostek, czy też kary są za ostre i za bolesne lub nagradzanie i karanie niekonsekwentne i dezorientujące. W tych wypadkach występują zachowania niezgodne z wymaganiami, np. reakcje obronne, jak bunt i agresja lub ucieczka.

Regulacja postępowania jednostek przez społeczne otoczenie jest nie tylko kierowaniem doraźnym (choć niewątpliwie pełni i tę funkcję), ale zmierza do trwałego ukształtowania u nich standardów samoregulacji, tak aby człowiek sam, bez nacisku z zewnątrz przestrzegał norm obowiązujących w danym społeczeństwie. Proces stopniowej interioryzacji czy asymilacji standardów społecznych przez jednostkę nosi nazwę "socjalizacji". Rozpoczyna się on zaraz po urodzeniu i stanowi istotę wychowania. Pod-

stawowe znaczenie ma początkowo sam tryb życia narzucany dziecku, np. u niemowląt stały reżim karmienia, snu, czuwania, trochę później reżim toaletowy itd. W miarę dojrzewania coraz większą rolę zaczyna odgrywać przekazywanie wartości kulturowych drogą werbalną, przez pouczanie, perswazje, lekturę, wtedy też wkraczają w grę jako czynnik wychowawczy określone presje (nakazy i zakazy) oraz zachęty. Duże znaczenie mają wzory oraz przykłady do naśladowania w bezpośrednim otoczeniu dziecka. Naśladowanie rodziców obejmuje często nie tylko poglądy, ale nawet drobne szczegóły mimiki, gestykulacji, chodu, sposobu wyrażania się itp., decydując o tak dużym podobieństwie dziecka do ojca czy matki, że niektórzy mówią o "socjalnym dziedziczeniu", przeciwstawiając je "biologicznemu dziedziczeniu" cech fizycznych, np. koloru włosów, oczu czy rysów twarzy i budowy ciała (por. Nimkoff, w: Harriman, 1943, s.191-96).

c) Autonomia społecznej samoregulacji

Charakterystyczną cechą społeczną samoregulacji jest jej stosunkowo wysoka autonomia zarówno w stosunku do biologicznych potrzeb organizmu jak też wymagań, jakie stawia jednostce społeczeństwo.

Inaczej mówiąc, człowiek ma tendencję do regulowania swoich stosunków z otoczeniem według raz wytworzonych standardów społecznych, niezależnie od tego, jakie są potrzeby biologiczne i jakie wymagania stawia mu otoczenie.

Mówiliśmy poprzednio o tym, że samoregulacja somatyczna i ośrodkowa tworzą pewnego rodzaju funkcjonalną jedność, pozostają w stałym powiązaniu. Jeśli samoregulację ośrodkową określić jako szeroko rozumianą "psyche", można powiedzieć, że u istot żywych zarówno "psyche" wywiera stały wpływ na "somę", jak też "soma" - na "psyche". Mówimy tu o związkach psychosomatycznych i somatopsychicznych w obrębie samoregulacji. W tym miejscu interesują nas związki somatopsychiczne. Polegają one przede wszystkim na tym, że OUN pozostaje pod stałym obstrzałem ze strony bodźców organicznych, dochodzących z zewnętrznego środowiska, co normalnie odczuwamy jako niezróżnicowane, lepsze lub gorsze "samopoczucie fizyczne" (Szuman S., 1956, s.22). Ostre zmiany zachodzące w organizmie wywołują wyraźne doznania, jak np. głód, pragnienie, a także różnego rodzaju bóle i dolegliwości fizyczne. Bodźce organiczne przekazują do OUN informacje o tym, co się dzieje w wewnętrznym środowisku człowieka i w ten sposób wpływają na jego zachowanie, wywołując dążenie do pokarmu czy wody, wiadomo też, że silne dolegliwości mogą poważnie zaburzyć, a nawet przerwać działanie skierowane na rozwiązanie jakichś problemów sytuacyjnych. Jest to zrozumiałe, ponieważ społeczna samoregulacja pełni u człowieka, tak jak analogiczne procesy u zwierząt, rolę homeostatyczną, jest urządzeniem zabezpieczającym biologiczny byt organizmu w jego zewnętrznym środowisku.

Niemniej jednak obserwacje wskazują, że społeczna samoregulacja posiada znaczną autonomię w stosunku do biologicznych wymagań organizmu. Standardy społeczne, jak honor osobisty, uznanie i akceptacja przez grupę, prawda naukowa, piękno i sztuka, religia, dobro innych ludzi i dobro ogółu, nie wiążą się z żadnymi biologicznymi potrzebami organizmu, a jednak człowiek dąży do nich, nieraz ograniczając swe wymagania biologiczne, a nawet narażając się na szkody fizyczne. Inaczej mówiąc, człowiek w pewnym stopniu umie się uniezależnić od biologicznych wymagań ustroju, sygnalizowanych mu przez głód, pragnienie, ból itd. Znane są wypadki, kiedy chirurdzy, dyrektorzy przedsiębiorstw itp. pełnili swe obowiązki pomimo silnych dolegliwości chorobowych, czasem nawet aż do kompletnego fizycznego załamania. Ostatnia wojna przyniosła przykłady ogromnej wytrzymałości na dolegliwości fizyczne. Presje wywierane przez Gestapo na uwięzionych członków organizacji podziemnych, mające fizycznymi torturami wymusić zdradzenie adresów i nazwisk kolegów, miejsc spotkań itd., w bardzo wielu wypadkach nie doprowadzały do celu, świadcząc o przewadze społecznych standardów lojalności i przyjaźni nad biologicznymi wymaganiami ustroju.

Z drugiej strony człowiek posiada również dość znaczną autonomię w stosunku do wymagań, jakie stawia mu jego otoczenie. Obserwacje życia codziennego pokazują, że regulacja zachowania przez presje i zachęty nie zawsze do-

prowadza do podporządkowania się jednostki wymaganiom. Już u małych dzieci występuje zjawisko "przekory", a i potem nieposłuszeństwo jest stałą trudnością, na którą skarżą się wychowawcy. Autonomia jednostki w stosunku do społeczeństwa płynie z samej natury samoregulacji, która polega na tym, że człowiek jest podmiotem swego działania, tj. kieruje nim sam, według własnych standardów. W miarę jak w toku procesu socjalizacji standardy te konkretyzują się i uzyskują rozumowe uzasadnienie w postaci określonej "filozofii życiowej", rośnie też społeczna autonomia, pojawia się krytyka społeczeństwa z punktu widzenia własnych poglądów i wartości, możliwy staje się bunt w stosunku do wymagań uważanych za niesłuszne, dążenie do ich zmiany, a nawet walka z własnym społeczeństwem. Konflikt jednostki ze społeczeństwem może być twórczy, gdy człowiek trafnie dostrzega pewne jego braki, często jednak płynie stąd, że jednostka pod wpływem wadliwych oddziaływań socjalnych (np. błędów wychowawczych, socjalnych wzorów postępowania w rodzinach przestępczych itd.) przyswoiła sobie fałszywy system norm i wartości, albo też zbyt sztywnie związała się z pewnymi tradycyjnymi schematami kulturowymi, wskutek czego nie potrafi dostrzec nowych wartości w zmieniającej się kulturze społeczeństwa.

Biologiczna i społeczna autonomia samoregulacji u człowieka wskazuje, że system wypracowanych w toku życia standardów regulacyjnych odznacza się stałością i odpornością zarówno na wpływy ze strony "somy" jak też na wpływy śro-

dowiska. Społeczna samoregulacja polega właśnie na tym, że w zmieniających się warunkach wewnętrznych i zewnętrznych człowiek postępuje tak, aby utrzymać system dotychczasowych standardów. Tendencja ta przypomina poniekąd zjawisko homeostazy i dlatego przez niektórych bywa określana jako "homeostaza psychiczna" lub "homeostaza osobowości" (Rosenzweig S., w: Hunt McV, 1944, I, s.379, Stroud, 1956, s.534, Ackerman, 1959, cyt.Han. Ilgiewicz, 1965, s.185). Psychiczna homeostaza nie jest jednak absolutną stałością, ponieważ człowiek nie może się całkowicie uniezależnić ani od wpływów biologicznych, ani od oddziaływań ze strony środowiska społecznego. Wiadomo że przewlekła deprywacja potrzeb biologicznych prowadzi do zaburzeń społecznej samoregulacji (por.rozdz.III, s. 103), wiadomo też, że pod wpływem zmian zachodzących w systemie wartości akceptowanych w danej kulturze, w trybie życia, dostosowującym się do stałego postępu technicznego itd. zachodzą też zmiany w standardach regulacyjnych jednostek. Czasem powstają one gwałtownie, nagle, a często przebiegają według zasady "zmian minimalnych", w sposób dla samego człowieka niedostrzegalny, tak że dopiero po pewnym czasie zauważa on jak zmieniły się jego poglądy i ideały. Ta właśnie plastyczność samoregulacji społecznej jest podstawą, na której się opiera psycholog kliniczny w swojej działalności korektywnej w stosunku do jednostek z zaburzeniami zachowania.

5. S y t u a c j a j a k o w a r u n e k z a c h o w a n i a

Akty zachowania przebiegają - tak jak wszystkie czynności organizmu - według określonych praw, tzn. sposób, w jaki człowiek reguluje swoje postępowanie, jest zdeterminowany każdorazowym układem warunków. Warunki te można podzielić na dwie grupy: czynniki zmienne, składające się na s y t u a c j ę oraz determinanty względnie trwałe, tkwiące w o s o b o w o ś c i jednostki.

Czym jest sytuacja? Pojęcie to często stosowane w języku potocznym, w psychologii bywa często zastępowane terminem "bodziec" czy "układ bodźców". Choć sytuacja niewątpliwie działa na człowieka szeregiem bodźców, to jednak nie można jej z nimi utożsamiać. Przede wszystkim zewnętrzna sytuacja to nie izolowane bodźce, ale określone przedmioty i osoby, które pozostają ze sobą w takich a nie innych stosunkach i mają dla jednostki pewną wartość bądź przedstawiają zagrożenie. Stąd sytuacja stanowi dla człowieka stale pewien problem samoregulacyjny:jak zdobyć to, co w niej jest dodatnie, a uniknąć tego, co ujemne, szkodliwe, i przykre. Podkreślić należy, że "problem" to nie to samo co "zadanie": gdy np. nauczyciel stawia uczniowi zadanie, staje się ono problemem dopiero wtedy, gdy rozwiązanie go przedstawia dla ucznia pewną wartość, np. poznawczą, ambicyjną itp., czy też gdy pozwala mu uniknąć zagrożenia, dajmy na to niedostatecznego stopnia. Gdyby jednak zadanie ani go nie ciekawiło, ani

nie stanowiło zagrożenia, nie przedstawiałoby problemu i uczeń nawet nie wysilałby się dla rozwiązania go.

Szczególnie skomplikowane problemy powstają wtedy, gdy sytuacja posiada wartość podwójną, ujemną i dodatnią zarazem: w tym wypadku należy najpierw rozwiązać problem, czy dążyć do korzyści czy raczej wycofać się z sytuacji, aby uniknąć zagrożenia i dopiero po tym zastanawiać się, w jaki sposób wykonać te działanie. Sytuacje takie nazywa się "konfliktowymi" i wyróżnia się wśród nich - za K.Lewinem (1935) - trzy rodzaje:

1) Konflikt typu "propulsja-propulsja" (++): Osobnik musi wybierać pomiędzy dwoma wartościami pozytywnymi,tzn. wybór którejkolwiek z nich pociąga za sobą stratę drugiej ("Osiołkowi w żłobie dano...").

2) Konflikt "propulsja-repulsja" (+-): Sytuacja posiada pewne aspekty dodatnie dla osobnika, ale ma też inne wyraźnie ujemne. Takimi właśnie sytuacjami posługuje się najczęściej społeczne otoczenie, chcąc podporządkować swoim wymaganiom zachowanie jednostki, skłonić ją do wykonania pewnych czynności niemiłych dla niej bądź powstrzymać od działań, które choć dla niej wartościowe, są jednak dla otoczenia niepożądane. W pierwszym wypadku nieprzyjemne działanie (-) osładza się obietnicą nagrody (+), w drugim - działanie upragnione (+) obrzydza się groźbą kary (-).

3) Konflikt typu "repulsja-repulsja") (--). W tym wypadku sytuacja nie ma wogóle wartości dodatniej,ale oko-

liczności tak się układają, że osobnik musi wykonać w niej pewne działanie, wybierając "mniejsze zło", aby uniknąć większego (sytuacja "między młotem a kowadłem"). Według tego schematu układają się presje społeczne, które mają zmusić jednostkę do wykonania działania dla niej niepożądanego, grożąc za niewykonanie go jakąś bardzo dotkliwą karą.

Sytuacja obejmuje jednak nie tylko przedmioty zewnętrzne, aktualnie działające na osobnika, zawiera ona również stale pewne komponenty wewnętrzne. Jednym z nich są procesy następcze, stanowiące pozostałość po sytuacjach, w których osobnik brał udział poprzednio. Ktoś, kto niedawno otrzymał przykrą wiadomość, jest przez dłuższy czas zmartwiony czy rozdrażniony i w następnych sytuacjach zachowuje się inaczej, niż zachowywałby się, gdyby tej wiadomości nie dostał i był zupełnie spokojny. Drugim elementem wewnętrznym, wchodzącym w skład sytuacji, są bodźce somatyczne dopływające do mózgu z wnętrza organizmu, poprzez wisceroreceptory. Mimo że człowiek posiada - jak była mowa - pewną autonomię w stosunku do wpływów ze strony "somy", silne bodźce organiczne, np. poważne dolegliwości wewnętrzne, przeważnie bardzo utrudniają, a nawet uniemożliwiają normalną aktywność. Dodajmy do tego, że i oddziaływania somatyczne to nie tylko "bodźce", ale również sygnały posiadające pewne określone znaczenie. Np. silne bóle wewnętrzne stanowią zwykle sygnał mniej lub bardziej poważnej choroby, grożącej utratą sprawności ży-

ciowej, a nawet śmiercią, stąd nie tylko bolą, ale też budzą strach.

Zależność zachowania od sytuacji wyraża formuła

$$R = f(S,A,W),$$

w której R stanowi tradycyjny symbol zachowania, S jest symbolem zewnętrznej sytuacji, A oznacza "podźwięk" po poprzednich sytuacjach, W - bodźce wewnętrzne, zaś f to symbol zależności R od czynników wymienionych po prawej stronie równania.

6. Uwarunkowanie zachowania przez osobowość

a) Czynnikowa i dynamiczna teoria osobowości

Czynniki sytuacyjne nie potrafią w pełni wyjaśnić, dlaczego w różnych sytuacjach człowiek działa w taki, a nie inny sposób. Przede wszystkim sytuacje życiowe nieustannie się zmieniają, tymczasem zachowanie ludzi odznacza się pewną stałością. W obiektywnie różnych sytuacjach dany osobnik zachowuje się podobnie i to przez długi czas tak, że można go na tej podstawie charakteryzować i przewidywać jego dalsze postępowanie. Złośliwość, punktualność, nieśmiałość, wesołość - oto przykłady takich form postępowania, typowo powtarzających się u różnych osób. Po drugie zachowanie ludzi w takich samych sytuacjach jest zindywidualizowane: w sytuacjach, w których jeden osobnik przejawia nieśmiałość, drugi wykazuje właś-

nie duży "tupet", zadanie łatwe dla jednego, może innemu sprawiać znaczne trudności itd. Stałość i indywidualizacja zachowania składają się na pewien swoisty "styl życiowy" jednostki i wskazują, że zachowanie zależy również od indywidualnie zróżnicowanego i względnie trwałego czynnika działającego w jego organizmie. Czynnik ten określimy jako "osobowość". Jeśli oznaczyć go symbolem O, formuła warunków, od których zależy zachowanie przybierze postać:

$$R = f\ (S, A, W, O).$$

Sytuacja oraz osobowość działają łącznie. Osobowość jest - jak to trafnie określił S.L.Rubinstein (1961, s.416) - pewnego rodzaju "pryzmatem psychicznym", w którym w określony, typowy dla jednostki sposób załamuje się działanie czynników sytuacyjnych. Powstaje pytanie, czym jest osobowość, jaką jest jej natura. Próbują na nie odpowiedzieć liczne teorie osobowości (por.Hall i Lindley, 1957).

Wydaje się, że najkonkretniejsze, a dla psychologii klinicznej najważniejsze, są dwie teorie. Pierwsza, którą można określić jako "czynnikową", stanowi produkt statystycznej analizy czynnikowej zastosowanej do typowych zachowań ludzi, druga, "dynamiczna" wynika z teoretycznej analizy typowych zachowań w terminach psychologii ogólnej, motywów, emocji, spostrzegania, myślenia itd. Teoria czynnikowa twierdzi, że osobowość jest zespołem trwałych czynników, które można poznać, badając jakie typowe formy

postępowania korelują ze sobą u ludzi. Wysoki stopień korelacji wskazuje, że dane formy zachowania zależą od jednego i tego samego czynnika. Na tej drodze np. Thurstone dokonał analizy sprawności rozwiązywania różnych zadań, wyróżniając siedem podstawowych zdolności umysłowych, a w podobny sposób przeanalizował typowe zachowanie w sytuacjach społecznych R.B.Cattell, dochodząc w rezultacie do dwunastu podstawowych czynników osobowości. Każdy z tych czynników stanowi pewien "wymiar", czyli continuum i może u poszczególnych osób mieć wartość wyższą lub niższą; bardzo niskie i bardzo wysokie wyniki przejawiają się w biegunowo przeciwnych formach zachowania, takich jak cyklotymia i schizotymia, dominowanie nad innymi i podporządkowywanie się im itp.

Teorię czynnikową trudno uważać za realne poznanie osobowości. Po pierwsze - każdy autor dokonując czynnikowej analizy zachowania, dochodzi do odmiennych wyników, zależnie od tego, jakie bierze pod uwagę formy zachowania, jaką bada je metodą itd. (por. Morgan, 1961, s.470). Np. Eysenck w swoich badaniach, prowadzonych metodą analizy czynnikowej, wyróżnił jednolity wymiar introwersji - ekstrawersji (I), natomiast Guilford i Martin, pracując również tą metodą pokazali, że tzw. introwersja składa się z kilku oddzielnych czynników (introwersja umysłowa, socjalna, ratymia itd., por. Shaffer i Lazarus, 1952, s.233). Po drugie - czynniki składające się na osobowość stanowią luźne i niepowiązane ze sobą "wymiary", tymczasem wszyst-

ko, co wiemy o samoregulacji wskazuje, że osobowość posiada pewną organizację, tzn. że poszczególne jej elementy są powiązane w jednolitą całość. I wreszcie, po trzecie - czynniki osobowości są rezultatem statystycznych operacji, tj. stanowią zasadniczo pewną nieokreśloną bliżej abstrakcję, a ich utożsamienie z takimi czy innymi procesami psychicznymi, czy też cechami organizmu, stanowi hipotezę, która dopiero wymaga potwierdzenia. Jeśli np. Eysenck twierdzi, że czynnik I (introwersja) jest identyczny z łatwością tworzenia autonomicznych (emocjonalnych) odruchów warunkowych, jest to hipoteza, którą należy sprawdzić, udowadniając, że osoby wykazujące zachowanie typowe dla wysokiego I (introwertycy) łatwiej tworzą emocjonalne odruchy warunkowe niż te, które wykazują niski stopień I (ekstrawertycy).

Jak zauważa Morgan (1961, s.470) wartość takich czy innych teorii czynnikowych polega nie na tym, że dają one rzeczywiste poznanie osobowości, ale że każda z nich tworzy pewien jednolity układ odniesienia, pozwalając w praktyce klinicznej porównywać ze sobą ludzi. Mają one również pewne znaczenie heurystyczne, mianowicie nasuwają - tak jak wspomniana przed chwilą koncepcja introwersji u Eysenka - pewne hipotezy, które można weryfikować w dalszych badaniach.

Z koncepcją samoregulacji ściślej związany jest drugi rodzaj teorii, którą określiłem jako "dynamiczne" (por. Anderson i Anderson, 1951, s.542). Występują one u

różnych autorów w trochę różnych wersjach, ale ich wspólną cechą jest to, że osobowość pojmują jako pewną względnie trwałą organizację procesów psychicznych. Stałość i indywidualność zachowania tłumaczy się w tych koncepcjach tym, że stały i zindywidualizowany jest sposób funkcjonowania mechanizmu kierującego zachowaniem, procesów motywacyjnych i orientacyjnych. Tak pojmowana osobowość nie jest zbiorem luźnych "czynników" czy "wymiarów", lecz tworzy jednolitą organizację, w której obrębie działanie jednych elementów zależy od tego jak funkcjonują inne.

Na przykład sprawność orientacji przy rozwiązywaniu problemów zależy od motywacji: jeśli motywacja jest za słaba, osobnik nie będzie się wysilał i wykaże niską sprawność, a jeśli będzie zbyt silna, powstające napięcia emocjonalne zdezorganizują pracę kory, a w konsekwencji też działanie (por. rozdział III, s.91). Z drugiej strony wadliwa orientacja, związana z brakiem wiadomości i umiejętności wpływa na motywację, zarówno bezpośrednio, mianowicie nastawiając działanie w wadliwym kierunku, jak też pośrednio, ponieważ niepowodzenia posiadają konsekwencje dla dalszych działań, np. obniżają atrakcyjność celów, których osobnikowi nie udało się zdobyć (Filer, por. Malewski A., 1962, s.245), a w rezultacie osłabiają motywację nastawioną na te cele.

b) Doświadczenia i cechy organizmu jako wyznaczniki osobowości

Jeśli osobowość pojmujemy jako pewną trwałą organizację procesów kierujących zachowaniem, powstaje pytanie, co sprawia, że procesy te układają się właśnie według takiego typowego dla osobnika schematu. Czynniki stabilizujące sposób, w jaki funkcjonuje mechanizm zachowania to pewne trwałe cechy u człowieka, wśród których wyróżniamy a) d o ś w i a d c z e n i e zgromadzone w ciągu ubiegłego życia oraz b) c e c h y o r g a n i z m u, takie jak anatomiczne i fizjologiczne właściwości mózgu, układu endokrynologicznego, indywidualne schematy, według których przebiegają u osobnika procesy metaboliczne, a także właściwości analizatorów i narządów ruchu oraz konstytucji fizycznej (wzrost, uroda itp.). W historii psychologii różni autorzy kładli nacisk bądź na jedne, bądź też na drugie z tych właściwości, empiryści podkreślali raczej rolę doświadczenia, natywiści - znaczenia wrodzonych właściwości organizmu. Dziś panuje na ogół przekonanie, że funkcjonowanie mechanizmu postępowania zależy od jednych i od drugich w ich wzajemnym powiązaniu (por. np. Horoszowski, 1965, s.250-51).

Doświadczenie z fizjologicznego punktu widzenia, to - mówiąc najogólniej - ukształtowany w OUN pod wpływem interakcji człowieka z jego otoczeniem zespół "narządów funkcjonalnych" (Uchtomski, por. Rubinsztejn, 1961, s.389) czy "systemów funkcjonalnych" (Anochin, por. Łuria,

1962, s.22) przystosowanych do wykonywania rozmaitych czynności samoregulujących. Z badań Pawłowa wiadomo, jak powstają proste, odruchowo-warunkowe systemy funkcjonalne przez tworzenie się związków warunkowych w korze mózgowej, jak łączą się w złożone stereotypy, tworzące "mózgową mozaikę" itd. U człowieka systemy funkcjonalne są jeszcze bardziej skomplikowane niż u zwierząt, obejmują duże połaci kory mózgowej, a przede wszystkim ośrodki mowy, dzięki czemu doświadczenie człowieka ma w znacznym stopniu charakter uogólnionej i zwerbalizowanej wiedzy.

Z psychologicznego punktu widzenia rozpatrujemy doświadczenie jako zespół informacji "wpisanych" (Semon) w mózgu, czyli "śladów pamięciowych". Można wyróżnić wśród nich 1. informacje o przedmiotach, ich cechach, funkcjach, stosunkach, łącznie z informacjami o własnych cechach osobnika, 2. informacje o wartościach przedmiotów, 3. informacje o normach i sposobach postępowania dostosowanych do różnych sytuacji. Ponadto systemy funkcjonalne, wiążąc zespoły śladów pamięciowych z efektorami decydują o posiadaniu nawyków i umiejętności umożliwiających sprawne wykonywanie czynności. U człowieka doświadczenie jest uogólnione i tworzy "systemy pojęciowe" o określonej organizacji (Hunt, Harvey i Schroder, 1961).

Psychika funkcjonuje w oparciu o doświadczenia jednostki, człowiek dąży do tych wartości i unika tych niebezpieczeństw, które zna, w działaniu zaś posługuje się posiadanymi wiadomościami o świecie i sobie samym zgodnie z

normami postępowania, jakie wytworzył w toku życia. Jeśli np. ktoś na podstawie dotychczasowych nieprzyjemnych doświadczeń urobił sobie pogląd, że ludzie są egoistami, którzy dążą do własnych celów, nie oglądając się na dobro innych, będzie w stosunku do innych podejrzliwy, nieufny i nie potrafi z nimi normalnie współżyć tak długo, jak długo nie zmieni się zawarte w jego doświadczeniu, pesymistyczne pojęcie człowieka. Nie znaczy to, że człowiek potrafi zwerbalizować każdy element swego doświadczenia, wyrazić w słowach wszystkie posiadane informacje o świecie i o sobie i zasady, którymi faktycznie kieruje się w działaniu. Spora część doświadczenia składa się z niezwerbalizowanych "dresatów" (Künkel F., 1935, s.13), które można poznać tylko przez obserwację zachowania i analizę dotychczasowych kolei życia jednostki, w których powstało takie właśnie doświadczenie.

Istnieje szereg faktów wskazujących na to, że raz utworzone doświadczenie łatwo bogaci się, w toku dalszych kolei życia, o nowe elementy, które nie są z nim sprzeczne, natomiast stawia opór przyjmowaniu przekonań wymagających przebudowy dotychczasowych poglądów. Mechanizm, który zapewnia ową stałość doświadczenia wykrył jeszcze A.Adler i nazwał go "tendencyjną apercepcją" (Künkel F., 1935, s.12). Polega ona na tym, że osobnik tak interpretuje nowe informacje, aby były one zgodne z już posiadanymi przekonaniami. Adler, w myśl swej teorii sądził, że tendencyjna apercepcja jest mechanizmem służącym do obrony

"ideału mocy", jaki ktoś sobie urobił. Na przykład nieraz spotykamy ludzi, którzy w życiu mieli szereg niepowodzeń i w rezultacie nabrali przekonania, że mają "pecha". Przekonanie to uważałby Adler za mechanizm obronny, umożliwiający osobnikowi zachowanie dobrego mniemania o sobie mimo doznawanych niepowodzeń, niepowodzenia uważa bowiem taki człowiek za rezultat niezależnego od siebie "pecha", a nie za wynik własnej nieudolności. W myśl tego przekonania nowe niepowodzenia są interpretowane tak samo, wskutek tego zaś osobnik nie uczy się z własnych błędów, czyli nie zmienia dotychczasowego doświadczenia.

Szerzej ujmuje ten mechanizm Frank, teoretyk metod projekcyjnych, według którego osobowość w ogóle działa "kształtując", wypaczając, naginając i transformując każdą sytuację czy przeżycie i dostosowując je do konfiguracji prywatnego świata jednostki (1943, por. Anderson i Anderson, 1951, s.542).

Nowe naświetlenie znalazł mechanizm tendencyjnej apercepcji w przedstawionej przez L.Festingera teorii dysonansu poznawczego (A Theory of Cognitive Dissonance,1957). Dysonans to pewnego rodzaju poznawczy konflikt wewnętrzny, który powstaje wtedy, gdy człowiek spotyka się z faktami lub poglądami sprzecznymi z już posiadanymi przekonaniami. Rozwiązać dysonans poznawczy można na dwa sposoby: przez zmianę dotychczasowych przekonań lub przez takie intelektualne opracowanie nowych faktów, aby zgadzały się z już posiadanymi przekonaniami. Festinger wskazuje na oko-

liczności, w których możliwe jest przyjęcie nowego przekonania, ale cytuje też dane dowodzące, że ludzie często postępują właśnie w drugi sposób lub po prostu unikają sytuacji mogących wywołać u nich dysonans poznawczy (por. Malewski A.,1964, s.93).

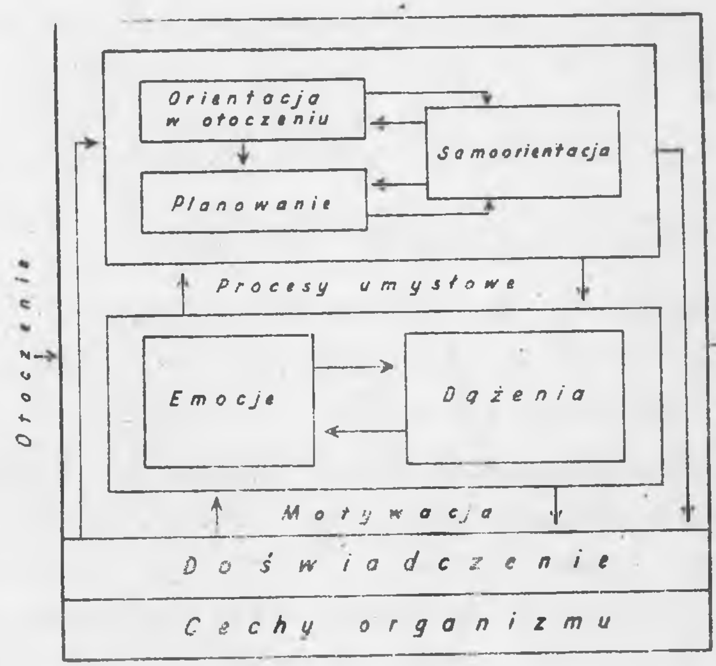
Analiza mechanizmów utrzymujących stałość doświadczenia wymaga jeszcze dalszych badań, jednakże istnienie ich nie ulega, jak się zdaje wątpliwości. Dzięki niemu doświadczenie utrzymuje stałość osobowości, mimo zmieniających się warunków zycia jest istotnym czynnikiem "homeostazy osobowości" (por.54). Równocześnie widzimy, jak dawne koncepcje, pojmujące doświadczenie według modelów mechanicznych jako swoiste "fotografowanie" faktów w mózgu (Ziehen) czy też powstawanie "odcisków" (engramy Semona) nie zgadzają się z rzeczywistą jego naturą. Powiedzielibyśmy, że powstawanie nowego doświadczenia przypomina raczej biologiczne procesy asymilacji pokarmu przez poddawanie przyjętych substancji określonym przeróbkom niż zjawiska zachodzące w ciałach martwych.

Drugim czynnikiem, stabilizującym i indywidualizującym funkcjonowanie mechanizmu zachowania są cechy organizmu. Sprawą tą nie będziemy tu bliżej się zajmować, bliższa analiza wpływu tego czynnika na osobowość i zachowanie zostanie przeprowadzona w rozdziale następnym, poświęconym genezie zaburzeń zachowania. W tym miejscu zaznaczamy tylko, że cechy organizmu są stałymi, z których jedne określają sprawność przewodzenia, przeróbki i przechowy-

wania informacji (anatomiczne i fizjologiczne właściwości mózgu), inne - bogactwo informacji (sprawność analizatorów), a jeszcze inne - sposób, w jaki otoczenie odnosi się do osobnika (uroda, wzrost itp.). Nie można ich więc rozpatrywać według jednego schematu, ponieważ różne rodzaje cech mają różne znaczenie dla samoregulacji człowieka.

Psychologa interesuje w tym kontekście fakt, że cechy organizmu nie są dostępne oddziaływaniu psychologicznemu i mogą być zmieniane co najwyżej drogą bezpośredniego oddziaływania na organizm, np. zabiegów chirurgicznych. Są to więc stałe, na które nie mamy wpływu i problemem psychologicznym staje się nie, jak je zmienić, ale jak - w wypadku gdy są one czynnikami zaburzeń zachowania - skompensować ich wpływ przez odpowiednie kształtowanie doświadczenia osobnika.

Omówioną koncepcję osobowości ilustruje załączony schemat (ryc.4). Przedstawia on w sposób naoczny zarówno składniki mechanizmu postępowania i zachodzące między nimi stosunki, jak też trwałe cechy osobnika, doświadczenie i właściwości organizmu, stabilizujące funkcjonowanie tego mechanizmu. Sprzężenie zwrotne, zachodzące pomiędzy procesami orientacji w otoczeniu oraz samoorientacji i pomiędzy procesami motywacyjnymi i orientacyjnymi, sprawia, że cały mechanizm postępowania funkcjonuje jako dynamiczna jedność. Sprzężenie zwrotne zachodzi również między procesami regulacyjnymi i doświadczeniem. Dzięki temu doświadczenie stanowi stały zasób informacji, z któ-



Ryc. 4

rego osobnik może korzystać w nowych sytuacjach, z drugiej strony zaś nowe akty samoregulacji mają możność bogacenia doświadczenia. Sposób, w jaki funkcjonują powiązania między procesami regulacyjnymi i doświadczeniem, decyduje o stopniu "homeostazy osobowości" i o zmianach jakie w niej zachodzą pod wpływem nowych sytuacji i działań. Należy nadmienić, że schemat ten ma znaczenie również praktyczne, mianowicie może stanowić podstawę do syntezy danych uzyskiwanych w toku badania kliniczno-diagnostycznego (por. rozdz.IV, s.151).

III. GENEZA ZABURZEŃ ZACHOWANIA

1. Czynniki psychologiczne i organiczne w genezie zaburzeń zachowania

Obecny rozdział jest poświęcony omówieniu głównych etiologicznych problemów psychologii klinicznej. Z podręczników psychiatrii wiadomo, że dysfunkcje mechanizmu kierującego zachowaniem powstają pod wpływem chorobowych zmian w tkankach mózgu, stanów zapalnych, zakażeń, zatruć, wrzodów i guzów czy uszkodzeń mechanicznych; wiadomo też, że fizjologiczne funkcje nawet zdrowego mózgu mogą ulec zaburzeniu czynnościowemu wskutek np. wadliwego przebiegu procesów metabolicznych, chorób układu endokrynologicznego itd. Czynniki te, istotne dla lekarza jako dla specjalisty od biologicznych prawidłowości rządzących ludzkim organizmem, psychologa interesują o tyle, że musi on je brać pod uwagę przy etiologicznej analizie zaburzeń zachowania, jednak właściwe jego problemy dotyczą wpływu czynników, które można określić jako "psychologiczne".

Przeciwstawienie czynników psychologicznych organicznym wprowadzono do psychologii dla wyjaśnienia zaburzeń

psychicznych występujących u osób organicznie zdrowych. Ponieważ w wypadkach tych stwierdzano w historii choroby silne wstrząsy emocjonalne, długotrwałe napięcie lękowe, ostre konflikty wewnętrzne itp., wysnuto stąd wniosek, że patologiczne stany psychiki mogą powstać nie tylko pod wpływem uszkodzeń organicznych, ale mogą też być skutkiem określonych, szkodliwych procesów psychicznych. Przy introspekcyjnej koncepcji procesów psychicznych równało się to twierdzeniu, że czynniki nieprzestrzenne, niematerialne mogą równie dobrze wywołać patologiczne zaburzenia zachowania jak i materialne czynniki uszkadzające mózg.

Sprawa skomplikowała się jeszcze z chwilą, gdy wzięto pod uwagę również różnorodne zaburzenia w pracy narządów wewnętrznych: serca, płuc, układu trawiennego czy moczo-płciowego, pojawiające się mimo braku organicznych zmian w tych narządach, a najwidoczniej związane również z przeżyciami emocjonalnymi. Schorzenia te nie są bynajmniej wymysłem pacjenta, ale faktycznymi zaburzeniami, które nawet w szeregu wypadków doprowadzają z czasem do zmian organicznych w danym narządzie, jak zawał serca, dusznica bolesna czy też owrzodzenie żołądka i dwunastnicy. Te "psychosomatyczne" choroby pozwalały przyjąć wpływ szkodliwych procesów psychicznych nie tylko na samą psychikę, ale również na materialną "somę". Dla wyjaśnienia mechanizmu ich działania powstały osobne teorie psychologiczne, jak freudowska koncepcja "konwersji" wypartych przeżyć w ich symboliczny wyraz somatyczny, czy też adlerowska te-

oria "ucieczki w chorobę", pojmująca psychosomatyczne zaburzenia jako mechanizm obronny, umożliwiający ochronę wygórowanego "ideału mocy życiowej" przed kompromitacją, jaką grozi niepowodzenie przy rozwiązywaniu trudnych zadań społecznych.

Teorie te zyskały sobie wielu zwolenników, ponieważ pozwalały wyjaśnić niełatwy do zrozumienia fakt chorób psychicznych i somatycznych występujących bez podłoża organicznego. Powstał nawet osobny kierunek "medycyny psychosomatycznej", podkreślający wpływ psychiki nie tylko na te "funkcjonalne", ale również na autentyczne,organiczne choroby somatyczne. Doprowadziło to do wniosku, że - jak mówi amerykański psychosomatyk, Hutschnecker (1964) - "my sami wybieramy sobie chorobę", a "człowiek umiera wtedy, kiedy chce umrzeć", czyli że i zdrowie, i choroba w ostatecznej instancji zależą od psychiki człowieka. "Brzmi to pięknie, ale rozmija się z prawdą" - komentuje to stanowisko nie bez racji T.Kielanowski, w przedmowie do polskiego przekładu książki Hutschneckera (1964, s.11).

Wśród psychiatrów o nastawieniu biologicznym ta "metafizyka psychologiczna" wywołała liczne sprzeciwy, toteż wyjaśnieniom psychologicznym zaczęto przeciwstawiać koncepcje, tłumaczące "psychogenne" zaburzenia mechanizmami fizjologicznymi. Szczególną rolę odegrały tu badania Pawłowa, któremu udało się w laboratorium wytworzyć u zwierząt modele nerwic za pomocą oddziaływania sytuacjami eksperymentalnymi, takimi jak trudne różnicowanie, prze-

róbka stereotypu dynamicznego itd. Pawłow pokazał, że powstające w tych warunkach przewlekłe zaburzenia zachowania można wytłumaczyć w terminach fizjologii wyższej czynności nerwowej jako rezultat zderzenia procesów pobudzenia z procesami hamowania, a tym samym stworzył fizjologiczną teorię zaburzeń "psychogennych", konkurencyjną do wspomnianych poprzednio wyjaśnień psychologicznych. Do badań pawłowowskich nawiązały eksperymenty szkoły Bykowa, które pokazały, jak w świetle teorii odruchowo-warunkowej można wytłumaczyć powstawanie zaburzeń psychosomatycznych. W Polsce koncepcje odruchowo-warunkowe doszły do głosu w psychiatrii mniej więcej w tym samym okresie, w którym toczyła się dyskusja nad psychologią jako nauką (por. rozdział I, s.11), i tak jak tam przybierały nieraz postać skrajną, aż do propozycji całkowitego sfizjologizowania psychiatrii, z wykluczeniem wyjaśnień psychologicznych. Było to poniekąd zrozumiałe i ze względu na biologiczne preferencje psychiatrów i na spekulacyjny, fantastyczny charakter psychoanalitycznych teorii, wyrywających rzekomo niematerialną "psyche" z materialnego kontekstu organizmu.

Problem wpływu czynników psychologicznych nie został jednak rozwiązany i powrócił znów w oparciu o nową, monistyczną teorię psychiki, która zaczęła się kształtować w tym właśnie okresie. Według niej procesów psychicznych nie można utożsamiać z subiektywnymi "przeżyciami", "psychiczność" jest bowiem pewną obiektywną cechą czy aspektem procesów nerwowych przebiegających w mózgu. Sama idea za-

sadniczo pochodziła również od Pawłowa (por. A.Lewicki, 1960, s.62-63) i była potem rozmaicie rozwijana. Pewną jej odmianę stanowi przedstawiona w poprzednim rozdziale koncepcja psychiki, sformułowana w terminach teorii informacji. Wydaje się, że pozwala ona przedstawić rozgraniczenie "czynników psychologicznych i organicznych" w patogenezie zaburzeń zachowania w sposób bardziej zgodny z zasadami myślenia przyrodniczego niż teorie psychoanalityczne, a równocześnie umożliwia wyzyskiwanie wszystkich faktów i obserwacji, na których opierały się koncepcje dawniejsze.

Jeżeli psychiczność rozumieć jako aspekt procesów nerwowych, związanych z treścią przewodzonych informacji, to "czynniki psychologiczne" w uwarunkowaniu zachowania należałoby w konsekwencji utożsamić z sytuacjami stanowiącymi źródło informacji, przy czym - zgodnie z pojęciem sytuacji przedstawionym poprzednio (por. s.57) byłyby to sytuacje zarówno zewnętrzne, środowiskowe, jak i wewnętrzne. Psychogeneza zaburzeń zachowania sprowadzałaby się wówczas do wywoływania zaburzeń przez bodźce, które działając na drodze "psychologicznej", poprzez ekstero- i interoreceptory przesyłają do ośrodków mózgowych informacje o tym, co się dzieje w zewnętrznym i wewnętrznym środowisku osobnika. Zadanie badawcze polega na określeniu, jakie to sytuacje i jakie informacje oraz w jaki sposób zakłócają one funkcjonowanie mechanizmu kierującego zachowaniem.

Chcąc tak rozumianym czynnikom psychologicznym przeciwstawić czynniki organiczne, należałoby wziąć pod uwagę wszystkie te defekty i schorzenia organizmu, które zakłócają proces przewodzenia informacji bezpośrednio na drodze "fizjologicznej". Musielibyśmy wówczas wyjść poza tradycyjne pojmowanie organiki jako "grubego uszkodzenia tkanki mózgowej" (Bilikiewicz, 1957, s.362). Uszkodzenie struktury mózgu musi niewątpliwie obniżać sprawność kodowania i przewodzenia informacji, ale podobny wpływ będą wywierać również schorzenia somatyczne, które odchylają od normy fizjologiczną czynność zdrowego mózgu, np. poprzez układ krwionośny (zaburzenia metaboliczne, dowóz substancji toksycznych, niedobór czy nadmiar pewnych hormonów wskutek schorzeń układu endokrynologicznego itd.). Zaburzenia takie zalicza się w psychiatrii do "czynnościowych" (Bilikiewicz, 1957, s.229), niemniej i one wchodzą w zakres szerokiego rozumienia "organogenezy" jako przeciwstawienia "psychogenezy".

Etiologiczna problematyka psychologii klinicznej wiąże się z badaniem wpływu, jaki na powstawanie zaburzeń zachowania mają sytuacje zewnętrzne oraz wewnętrzne, jak np. przewlekłe stany głodu i pragnienia czy też bóle i dolegliwości chorobowe. Nie znaczy to, że psychologia kliniczna ogranicza się do badania psychogennych zaburzeń u ludzi organicznie zdrowych, zgodnie np. z sugestią Eysencka (1960, s.3). Autor ten, rozgraniczając zaburzenia, którymi zajmuje się psychiatria, na "medyczne" czyli uwarunkowane

organicznie i "behawioralne", powstające u ludzi organicznie zdrowych przez uczenie się wadliwych nawyków[7], jest zdania, że tylko drugie stanowią właściwy przedmiot badań dla psychologa.

Takie postawienie sprawy nie bierze jednak pod uwagę licznych, istniejących obecnie badań psychologicznych nad deficytem umysłowym u organików, wchodzących w skład coraz lepiej rozwijającej się neuropsychologii. Czynniki organiczne, zaburzając fizjologiczny mechanizm kodowania i przewodzenia informacji, w różnym stopniu ograniczają zdolność do kierowania się informacjami w zachowaniu, a zbadanie natury i wielkości tego ograniczenia przy różnych rodzajach defektów organicznych stanowi jeden z ważnych problemów psychologii klinicznej. Ponieważ zaś ograniczenie zdolności samoregulacyjnej nie oznacza całkowitego jej zniesienia, można przypuszczać, że i organik jest zdolny, w mniejszym lub większym stopniu, do poprawnej regulacji swych stosunków z otoczeniem, a badania z tego zakresu powinny psychologowi dać teoretyczną podstawę do racjonalnej działalności rehabilitacyjnej.

2. Sytuacja aktualna i defekty osobowości jako wyznaczniki zaburzeń zachowania

W poprzednim rozdziale (s.59) była mowa o tym, że zachowanie jest stale wyznaczone przez dwa zespoły czynników, przez sytuację i przez osobowość. Osobowość funkcjo-

nuje w oparciu o doświadczenie, stanowiące pozostałość po dawniejszych sytuacjach, mianowicie złożone z informacji zdobytych kiedyś przy rozwiązywaniu problemów sytuacyjnych i zmagazynowanych w mózgu. Można więc powiedzieć, że sytuacje mają na zachowanie wpływ dwojaki, bezpośredni i pośredni. Pierwszy polega na przesyłaniu informacji o aktualnych okolicznościach, w których obecnie znajduje się osobnik, drugi w wyposażeniu go w "masę informacyjną", za pomocą której dokonuje on przeróbki informacji nowych, dopływających od aktualnej sytuacji. Błędy i braki doświadczenia związane z tym, że dawniejsze sytuacje wyposażyły osobnika w zbyt małą ilość informacji, albo że dały mu informacje fałszywe czy też niedostateczne lub nadmiernie uogólnione, stanowią o psychologicznie uwarunkowanych defektach osobowości i płynących stąd trwałych predyspozycjach do zaburzeń zachowania. W psychogenezie zaburzeń grają rolę zarówno sytuacje jak i osobowość, choć udział każdego z tych czynników może być w poszczególnych wypadkach rozmaity.

Lektura prac z dziedziny psychopatologii i psychiatrii pokazuje, że wielu i psychologów, i psychiatrów ma skłonność przypisywania zaburzeń zachowania przede wszystkim predyspozycji płynącej z defektów osobowości, natomiast sytuacje uważają oni jedynie za "czynniki spustowe", wyzwalające ową utajoną predyspozycję. Tak jest np. przy rozpoznaniu psychopatii, gdzie - jak pouczają podręczniki diagnostyki psychiatrycznej - już jedna "psychopatyczna

reakcja" wystarcza do postawienia diagnozy psychopatii. Np. Bilikiewicz pisze tak:

"Ponieważ charakter, temperament, sposób uczuciowego reagowania, właściwości napędu psychoruchowego itd. są to wszystko dyspozycje, które mogą się przejawić dopiero w zetknięciu z podnietami otoczenia, dlatego rozpoznanie psychopatii nie zawsze rzuca się w oczy. Dopiero poszczególne warunki wydobywają na jaw pewne cechy psychopatyczne ... Bardzo często rozpoznajemy psychopatię dopiero wówczas, gdy osobnik popadnie w takie położenie życiowe, że powstanie u niego reakcja psychopatyczna, np. pod postacią reakcji sytuacyjnej" (Bilikiewicz, 1957, s.296).

Takie postawienie sprawy jest zgodne z potocznym poglądem, że dopiero w niezwykłych sytuacjach poznajemy, "jaki człowiek jest naprawdę", bo dopiero wówczas ujawniają się ukryte dotychczas cechy jego osobowości, nie bierze jednak pod uwagę wyników współczesnych badań nad wpływem sytuacji na zachowanie.

Mimo że zachowanie jest stale zdeterminowane łącznie przez osobowość i sytuację, to jednak w poszczególnych wypadkach udział tych czynników może być różny, w jednych główna rola przypadać będzie osobowości, w innych - sytuacji. Najogólniej można tu wyróżnić trzy formy uwarunkowania:

Przy pierwszej sposób postępowania jest wyznaczony niemal wyłącznie przez osobowość, sytuacja zaś jest tylko środkiem, którym osobnik posługuje się dla realizacji ty-

powych dla niego celów. O ile dążenia jego są wypaczone, np. asocjalne, powstaje wówczas asocjalne zachowanie, zdeterminowane przez defekt osobowości. Jako przykład przytoczyć można przestępstwo dokonane z pełną premedytacją, długo obmyślane i planowane. W takim samym schemacie uwarunkowania występują jednak również zachowania poprawne, o ile poprawne są cele, do których dąży jednostka, np. szukanie różnych okazji do zaspokojenia zainteresowania naukowego.

Przy drugiej formie uwarunkowania zachowanie jest również wyznaczone przede wszystkim przez cechy osobowości, ale mimo to nie wystąpiłoby, gdyby nie wywołała go określona sytuacja "spustowa". Jako przykład może posłużyć agresywność. Wybuch gniewu wymaga nawet u wielkiego złośnika pewnej, choćby minimalnej okazji, dopóki jej nie ma, osobnik taki może być miły i pogodny. I w tym wypadku poprawność względnie niepoprawność zależy przede wszystkim od cech osobowości. Do tej samej kategorii uwarunkowania zaliczymy np. działania altruistyczne, niesienie pomocy innym, wywoływane przez budzący współczucie widok kogoś w trudnym położeniu. Czynności altruistyczne tak właśnie zazwyczaj powstają, bo społeczników, którzy aktywnie szukają osób nieszczęśliwych, aby im pomagać (pierwsza kategoria), jest stosunkowo niewiele. Zaburzenia zachowania, należące do jednej z tych dwóch kategorii uwarunkowania, można więc wyjaśniać przede wszystkim z a b u r z e n i a m i lub defektami osobowości.

Inny natomiast charakter ma trzecia forma uwarunkowania, ponieważ główny udział przypada tu sytuacji, a determinanty osobowościowe schodzą na plan dalszy. Nawet człowiek zwykle spokojny i zrównoważony może stracić równowagę i wybuchnąć gniewem, gdy zostanie złośliwie zelżony publicznie czy też "stracić głowę" i wpaść w panikę, gdy nagle stanie wobec dużego niebezpieczeństwa, a nie widzi możliwości obrony przed nim. Sytuacje, które w ten sposób wytrącają człowieka z równowagi, określa się jako "trudne" (Tomaszewski, 1963, s. 125) albo, używając popularnego dziś terminu, "stressowe".

Nie zawsze łatwo jest stwierdzić, do której z tych kategorii zaklasyfikować dane zachowanie. Nieletni przestępcy z reguły podają, że to "kolega ich namówił" i nieraz trudno przekonać się, jak dalece sami chcieli popełnić przestępstwo (pierwsza kategoria) o ile zaś rzeczywiście pewną rolę odegrała tu sytuacja (druga kategoria, a może nawet trzecia, jeśliby okazało się, że udział nieletniego w przestępstwie został wymuszony przez drugiego siłą i groźbami).

Alternatywę tę próbuje się rozstrzygnąć badając, czy dane formy zachowania występowały u osobnika już poprzednio, tzn. czy można u niego stwierdzić pewną, osobowościowo zdeterminowaną skłonność do tego rodzaju czynów. Jeśli np. stwierdzimy, że człowiek, u którego zaobserwowaliśmy wybuch gniewu, już i przedtem nieraz wybuchał gniewem, przypisujemy to zachowanie przede wszyst-

kim osobowościowo uwarunkowanej "agresywności". Nieraz ocena nasza będzie trafna, ale jeśli obserwacja obejmie stosunkowo niezbyt długie, na przykład paromiesięczne odcinki czasu, łatwo możemy się pomylić. Częsty gniew może też wystąpić wskutek tego, że osobnik przez dłuższy czas ma do czynienia z ludźmi traktującymi go w sposób niesprawiedliwy, obelżywy i upokarzający. Wpływ tych sytuacji powtarzających się jedna po drugiej kumuluje się, ponieważ po każdej pozostaje rozdrażnienie (proces następczy jako składnik wewnętrzny dalszych sytuacji), na nie nakłada się nowa drażniąca sytuacja itd., tak że stopniowo coraz drobniejsze okazje wystarczają do wybuchu. Otrzymujemy wówczas formy zachowania, które do złudzenia przypominają agresywność złośnika (kategoria druga), a jednak są uwarunkowane głównie sytuacyjnie. Czasem na tej drodze mogą powstać nawet czynności podobne do tych z pierwszej kategorii. Ktoś komu otoczenie zbyt dogryzie, może, doprowadzony do ostateczności, szukać odwetu, aby siłą zmusić przeciwników do zostawienia go w spokoju.

Krótko mówiąc, trudne sytuacje uruchamiają u człowieka swoiste mechanizmy, przejawiające się w takich zaburzeniach psychiki i zachowania, jakie u tego osobnika poza nimi nigdy nie występowały i wobec tego nie można ich przypisywać predyspozycjom płynącym z zaburzeń osobowości. Dodajmy, że zaburzenia występujące w trudnych sytuacjach nie ograniczają się do drażliwości czy lękli-

wości. Niekiedy przybierają one postać omamów, iluzji, urojeń, zaburzeń pamięci itd., wykazując podobieństwo do zespołu charakterystycznego dla organicznego defektu mózgu (Biderman i Zimmer, 1961, s.24), a znów czasami przypominają objawy schizofreniczne oraz stany powstające pod wpływem środków psychotropowych, meskaliny czy kwasu lysergicznego. Rozpoznanie, czy mamy do czynienia z zaburzeniem zachowania uwarunkowanym głównie osobowościowo, czy z mechanizmami pochodzenia przede wszystkim sytuacyjnego, nie jest więc łatwe i wymaga zarówno danych o zachowaniu badanego na przestrzeni długich odcinków czasu, jak też starannej analizy sytuacji, w której osobnik przebywa aktualnie.

Rozdział obecny poświęcimy przede wszystkim omówieniu wpływu trudnych sytuacji na zachowanie. Zagadnienie to wydaje się szczególnie ważne dla psychologa klinicznego i dlatego, że w diagnostyce zaburzeń zachowania bywa ono wyraźnie niedoceniane i z tego względu, że psychogenne zaburzenia osobowości powstają w znacznej mierze (choć nie wyłącznie) jako rezultat ostrych i przewlekłych zaburzeń zachowania, występujących w trudnych sytuacjach. Problemy związane z zależnością zaburzeń zachowania od osobowości omówimy krótko w ostatnim paragrafie, kładąc szczególnie nacisk na rozgraniczenie wpływów "psychologicznych" i "organicznych" w genezie defektów osobowości, co - jak się zdaje - stanowi dziś również okazję do wielu nieporozumień.

3. S t r e s s i s t r e s s o r y

Pojęcie sytuacji trudnej, o którym przed chwilą była mowa, jest dwuznaczne: w znaczeniu pierwszym idzie o trudności znalezienia środków do rozwiązania danego problemu sytuacyjnego, co można powiązać z niedostateczną ilością informacji, jakie stoją do dyspozycji osobnika lub też z ich nadmiarem (redundancją). W tym rozumieniu mówi się np. o zadaniach matematycznych łatwych i trudnych. W drugim znaczeniu idzie raczej o trudności natury emocjonalnej: Niektóre sytuacje, np. silny ból fizyczny, wyzywające zachowanie nieżyczliwego nam człowieka itp. wywołują przykre napięcie emocjonalne, wskutek czego sytuacja staje się "trudna do zniesienia". Ponieważ emocje wiążą się ze wzrostem poziomu aktywizacji w mózgu (napięcie w sieci nerwowej), mielibyśmy tu do czynienia z wpływem informacji na "procesy zasilania" (por. Greniewski i Kempisty, 1963, s.51 i nast.).

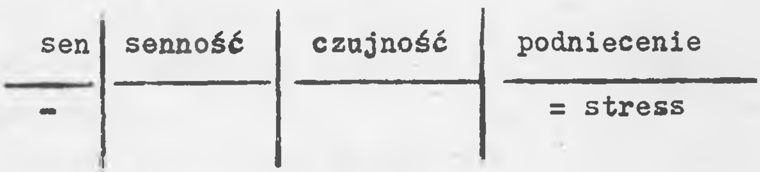
Oba rodzaje trudności często chodzą ze sobą w parze, ponieważ problemy "trudne do rozwiązania" zwykle wywołują też przykre uczucia, a więc stają się również "trudne do zniesienia"; z drugiej zaś strony sytuacje trudne emocjonalnie nieraz tak zaburzają procesy orientacji, że problem - np. jak skończyć nieprzyjemną rozmowę - staje się przez to także "trudny do rozwiązania".Ale równoległość taka nie zawsze zachodzi. Są ludzie, którzy specjalnie lubią problemy trudne do rozwiązania, turyści szukający okazji do najtrudniejszych wspinaczek wysokogórskich

albo szachiści poszukujący partnerów najlepiej grających w szachy, tzn. problemy te, choć trudne w pierwszym znaczeniu, nie są dla nich wcale trudne do zniesienia. Gdy w psychologii klinicznej mówimy o sytuacjach trudnych, mamy na myśli zasadniczo sytuacje przykre i przez to trudne do zniesienia, natomiast trudności pierwszego rodzaju rozpatruje się jako warunki lub skutki tamtych.

Jak wspomniano, sytuacje trudne emocjonalnie wiążą się dziś z pojęciem stressu psychicznego. Stress jest też terminem wieloznacznym: w literaturze najczęściej określa się nim pewną sytuację, która wywołuje u osobnika wzrost napięcia emocjonalnego. W znaczeniu drugim terminem "stress" określa się sam stan wzmożonego napięcia, sytuacja zaś która go wywołała, nosi wówczas nazwę "stressora". I wreszcie, po trzecie, od stressu psychicznego, który wiąże się z napięciem emocjonalnym wywołanym na drodze psychologicznej, tj. przez określone bodźce, należy odróżnić stress fizjologiczny. Pojęcie to wprowadził do fizjologii wspomniany już w poprzednim rozdziale H.Selye (1960). Stress utożsamił on z "ogólnym zespołem przystosowania" (GAS, por. rozdział II, s.34), tzn. z całokształtem zmian, którymi ustrój odpowiada stereotypowo przede wszystkim na różnorodne czynniki uszkadzające, jak zranienie, zakażenie, nadmierne oziębienie czy przegrzanie itp. Wprawdzie Selye, na podstawie pewnych analogii między stressem psychicznym a fizjologicznym, usiłował stworzyć coś w rodzaju ogólnej teorii stressu, jednakże jego badania dotyczyły zasadniczo

stressu fizjologicznego, którego - mimo tych analogii - nie można utożsamiać ze stressem psychicznym, wywoływanym przez trudne sytuacje.

W obecnym opracowaniu będziemy rozumieć "stress" w drugim z podanych znaczeń, tj. będziemy tym terminem określać wywoływany przez zewnętrzne i wewnętrzne elementy sytuacji (stressory) wzrost napięcia, czyli poziomu aktywizacji, od spokojnej czujności do stanu, który można nazwać "podnieceniem". Punkt przejścia spokojnej czujności w podniecenie stanowi początek "skali stressu psychicznego", która w górę rozciąga się aż do stanów bardzo silnego podniecenia, zwanych afektami (por. ryc.5).



ryc.5

Stressory można podzielić na trzy zasadnicze grupy, a mianowicie na 1) sytuacje deprywacji, 2) sytuacje frustrujące, 3) sytuacje bolesne i drażniące.

D e p r y w a c j a zachodzi wtedy, gdy osobnik pozostaje w stanie jakiejś silnej potrzeby biologicznej czy socjalnej, ale w danej sytuacji nic nie może zrobić, aby tę potrzebę zaspokoić. Na przykład badania Brożka, Keysa i in. (1950, por. Morgan, 1961, s.86) nad deprywacją pokarmową, przeprowadzone w czasie drugiej wojny na kilku-

dziesięciu młodych ludziach, którzy ze względów religijnych nie chcieli służyć w wojsku i zgodzili się zamiast tego wziąć dobrowolnie udział w tych badaniach, polegały na tak znacznym ograniczeniu porcji jedzenia w ciągu 6 miesięcy, że badani przeciętnie tracili 20% wagi. W badaniach nad deprywacją sonseryczną wykonanych przez Bextona, Herona i Scotta (por. Hebb, 1964, s.130, Ekel J., 1964, s.204) studentów uniwersytetu zamykano w kabinie doświadczalnej i pozbawiano na przeciąg 24 godzin możliwie dużej liczby bodźców zmysłowych: na oczy nakładano im okulary z matowego szkła, uniemożliwiające spostrzeganie przedmiotów, na ręce nakładano rękawiczki, a na przedramiona kartonowe ochraniacze, na uszy specjalne poduszki gumowe ze słuchawkami telefonicznymi, tak że badany mógł słyszeć tylko to, co w określonym czasie mówił do niego eksperymentator itd. W tej sytuacji szybko pojawiała się nuda i silna potrzeba wrażeń, której jednak osobnik w danych warunkach nie mógł zaspokoić.

W przeciwieństwie do deprywacji, w której badany jest pozbawiony wszelkiej możliwości działania zaspokajającego potrzebę, o f r u s t r a c j i mówimy wtedy, gdy w toku działania styka się on z przeszkodą uniemożliwiającą realizację celu. Przeszkoda może być zewnętrzna, np. trudności wynikające przy rozwiązywaniu zadania, sprzeciw ze strony innego człowieka itp., albo wewnętrzna, np. zmęczenie czy ból głowy. W eksperymentalnych badaniach frustrację u zwierząt wywołuje się stwarzając im przeszkody na

drodze do przynęty, np. pokarmu; u dzieci robiono to w ten sposób, że pozwalano im się bawić bardzo atrakcyjnymi zabawkami, które później zabierano i umieszczano za drucianą siatką (Barker, Dembo i Lewin, por. Woodworth - Schlosberg, 1963, II, s.227).

S y t u a c j ą b o l e s n ą bywa to, co zadaje nam ból fizyczny (np. często stosowane w eksperymentach i nad zwierzętami, i nad ludźmi uderzenie prądem elektrycznym), albo to, co powoduje przykrość natury czysto "moralnej", np. obelżywe zachowanie się kogoś drugiego, doznana krzywda itp. (por. Buss, 1961, s.38).

Poza tymi trzema podstawowymi grupami stressorów należy jeszcze jako czwarty rodzaj wymienić sytuację z a g r o ż e n i a. Idzie tu o takie sytuacje, które same w sobie nie pozbawiają człowieka żadnej wartości ani nie frustrują, ani nie zadają bólu, ale sygnalizują jeden z tych czynników albo kilka ich, pozwalają oczekiwać ich wystąpienia, a przez to budzą strach lub gniew. W badaniach eksperymentalnych jako zagrożeń używa się dowolnych bodźców warunkowych wzmacnianych przez uderzenie prądem elektrycznym (sygnał bólu) lub - u zwierząt - przez niepodawanie pokarmu (sygnał deprywacji).

Sytuacje życiowe zawierają często całe zespoły stressorów. Na przykład niepowodzenie w rozwiązaniu jakiegoś zadania łączy elementy frustracji i porażki, czyli bolesnego dowodu własnego niedołęstwa, głupoty - słowem niskiej wartości osobistej. Przeszkoda napotkana w dzia-

łaniu przez człowieka, który nieraz miewał do czynienia z niepowodzeniami, działa jak symbol tak rozumianego niepowodzenia i wywołuje ostry stress, nawet jeśli sama przez się jeszcze nie decyduje o niepowodzeniu (Newcomb, por. Malewski, 1962, s.207 Obuchowska I., 1964). Silnym kombinowanym stressorem jest również sytuacja choroby somatycznej: do bólów i dolegliwości wewnętrznych dołącza się tu zagrożenie, ponieważ chory na podstawie swego złego samopoczucia z lękiem przewiduje nieraz dalsze pogorszenie, a nawet śmierć, a dalej - deprywacja przez pozbawienie szeregu wartości socjalnych, konieczność narażania się na przykre zabiegi, pobyt w szpitalu itp. I wreszcie wspomnieć trzeba, jako o pewnej formie złożonych sytuacji trudnych, omówionych poprzednio (rozdział II, s.56), o sytuacjach k o n f l i k t o w y c h, które posiadają dla osobnika zarówno wartość dodatnią jak też zagrażają mu pewnymi przykrościami. Trudność ich polega na męczącej decyzji: podejmując decyzję w sytuacji konfliktowej człowiek musi z góry zaakceptować również narażenie się na pewne przykrości, np. wyrzec się jakichś wartości lub narazić się na ból.

4. W p ł y w s t r e s s o r ó w n a p s y c h i k ę i z a c h o w a n i e

a) Napięcie emocjonalne

Przy działaniu psychologicznych stressorów, ważnym, choć nie jedynym czynnikiem jest napięcie emocjonalne

(stress psychiczny). Powstaje ono i wzrasta wskutek współdziałania kilku mechanizmów fizjologicznych, a mianowicie 1) układu podkorowego, który aktywizuje korę mózgową, 2) układu autonomicznego, głównie jego gałęzi sympatycznej, przygotowującej organizm do gwałtownego działania przez pobudzenie pracy serca, lepsze zaopatrzenie krwi w cukier itp., 3) podkorowych ośrodków motorycznych, zarządzających wrodzonymi schematami ruchowymi, mimicznymi, pantomimicznymi i instynktownymi (ucieczka, atak), 4) mechanizmu endokrynologicznego, głównie tarczycy i nadnercza i wreszcie 5) mechanizmu aferentacji zwrotnej (Anochin), który doprowadza przez intero- i proprioreceptory pobudzenia od mięśni i narządów wewnętrznych z powrotem do kory, dodatkowo podnosząc jej aktywizację (por. Rubinsztejn S.L.,1962, s.623-635). Wszystkie te mechanizmy pozostają we wzajemnym związku, wskutek czego napięcie emocjonalne ma tendencję do samoczynnego wzrastania: im silniej pobudzony jest mózg, tym silniej wydzielają gruczoły i tym silniej reagują mięśnie i narządy wewnętrzne, z kolei tym większe jest pobudzenie również w mózgu itd. Stressory podnoszą w ten sposób poziom aktywizacji (PA) nie tylko mózgu, ale całego organizmu, co przejawia się w a) zmianach w czynności narządów wewnętrznych, b) zwiększonym napięciu mięśni oraz pojawianiu się ruchów mimicznych i pantomimicznych (zmiana wyrazu twarzy, tonu głosu, gestykulacji), c) w przeżyciach uczuciowych doznawanych przez osobnika, z których najczęstsze są różne

odmiany strachu i gniewu. Organizm zostaje w ten sposób zmobilizowany do gwałtownego działania (Cannon), które - w zależności od tego czy stressor wywoła gniew czy strach - przedstawia się jako impulsywna tendencja do agresji lub do ucieczki.

b) Dezorganizacja zachowania

Co do problemu, czy napięcie uczuciowe pomaga człowiekowi w realizowaniu celów, czy przeszkadza, różni uczeni wypowiadali się odmiennie. Na przykład Cannon był zdania, że emocje pełnią funkcję przystosowawczą, ponieważ przystosowują organizm do energicznego działania w sytuacjach niebezpiecznych, natomiast Watson uważał je za "reakcje dodatkowe", nie tylko w życiu niepotrzebne, ale wręcz przeszkadzające (Kreutz, 1949, s.43).

Sprzeczność poglądów okazała się pozorna, gdy w ostatnich latach zwrócono uwagę na wyniki, jakie jeszcze w 1908 roku uzyskali w badaniach nad zwierzętami Yerkes i Dodson. Były to eksperymenty nad różnicowaniem bodźców przez zwierzęta, koty i myszy. Rolę stopniowanego stressora odgrywało w nich różnej siły uderzenie prądem elektrycznym. Zmieniając siłę prądu i trudność różnicowania, autorzy ustalili dwa prawa, określające związek między stopniem poziomu aktywizacji (czyli PA) i sprawnością rozwiązywania zadań na różnicowanie (tj. poziomem wykonania, PW). Prawo pierwsze stwierdza, że w miarę wzrostu PA rośnie również i PW, ale tylko do pewnego momentu:gdy

PA podnosi się jeszcze bardziej, PW zaczyna się stopniowo obniżać, tj. następuje stopniowa dezorganizacja zachowania. Drugie prawo określa zależność tych zmian od trudności zadania: im zadanie jest trudniejsze do rozwiązania, tym niższy PA okazuje się optymalny dla rozwiązywania, tzn. tym mniejszy przyrost aktywizacji wystarcza do wywołania dezorganizacji. Prawo to okazało się również słuszne dla analogicznych zjawisk u ludzi (por. Davis D.R., 1957, s.754, Eysenck H.J., 1960, s.52, 754)[8].

Prawa Yerkesa - Dodsona wyjaśniają sprzeczności kryjące się w sporze "zwolenników" i "przeciwników" uczucia. Niewątpliwie pewien stopień aktywizacji mózgu jest konieczny dla skutecznego rozwiązywania zadań, ale stan emocjonalny, szczególnie bardzo silny, raczej dezorganizuje działanie niż pomaga w wykonaniu go. Ponieważ zaś postęp cywilizacji stawia przed nami coraz trudniejsze zadania do rozwiązania, napięcia emocjonalne coraz bardziej przeszkadzają w ich rozwiązywaniu. W rezultacie stress, który w bardziej prymitywnych warunkach, wymagających fizycznej walki i szybkiej ucieczki, pełnił niewątpliwie funkcję przystosowawczą, w normalnym życiu człowieka cywilizowanego okazuje się częściej czynnikiem dezorganizującym. Można stąd wysnuć ważne wnioski praktyczne: np. nie jest prawdą - jak sądzą nieraz nauczyciele - że im więcej będzie się uczeń bał, tym lepszą będzie miał motywację do uczenia się i tym lepsze uzyska wyniki. Strach polepszy jego wyniki tylko do pewnego stopnia, gdy jednak prze-

kroczy ów optymalny poziom, praca ucznia ulegnie dezorganizacji, która będzie tym większa, im trudniejsze zadania będzie mu się stawiać do rozwiązania.

Dezorganizacja zachowania w stanach stressowych tłumaczy się tym, że silne pobudzenie kory mózgowej zaburza i orientację w otoczeniu i samoorientację, a tym samym też samokontrolę, panowanie nad sobą. Pojawiają się wtedy formy zachowania nieprzemyślane, impulsywne, mniej lub więcej przymusowe. Dezorganizacja może przybierać różne formy, z których jako najważniejsze wymienimy następujące:

1) Lękowe zahamowanie działania, przejawiające się w trudności wykonywania ruchów przy równoczesnych objawach fizjologicznych, takich jak drżenie rąk, łamanie się głosu, pocenie się itp. Przy silnym lęku może dojść do przerwania działania w ogóle (por. Obuchowska I., 1964). Zjawiska takie występują przy lęku przed niepowodzeniem, np. u uczniów "tremujących się" przy odpowiedzi, u początkujących aktorów, mówców itp.

2) Gniew wyrażający się w działaniu agresywnym. Jeśli źródłem stressorów jest drugi człowiek, gniew nieraz przechodzi w wrogość, a agresja w atak (Buss, 1961), który może być werbalny lub fizyczny. Agresja występuje jednak również wobec zwierząt i przedmiotów martwych, o ile stanowią one przeszkodę na drodze do celu. Wielu badaczy zalicza do tej samej kategorii również werbalną lub fizyczną agresję skierowaną przeciw sobie samemu (auto-

agresję), np. wymyślanie sobie, wyrywanie sobie włosów z głowy, a nawet samouszkodzenie się czyli automutylację. Uważają oni, że autoagresja powstaje bądź to przez skierowanie na siebie agresji, która z tych czy innych powodów nie daje się wyładować na właściwym przedmiocie zewnętrznym (zjawisko "przemieszczenia" agresji, por. Newcomb, w: Malewski A., 1962, s.202-2, Ekel J., 1964,s.240), bądź też jest reakcją "intropunitywną", wywołaną przez przekonanie, że osobnik sam jest przyczyną trudnej stresowej sytuacji, w której się znalazł (Rosenzweig S., w: Hunt Mc V, 1944, I, s.383).

3) Regresja, tj. zastosowanie prymitywnej techniki rozwiązywania problemu, typowej dla wcześniejszych stadiów rozwoju człowieka. Przykładem regresji może być występujące u dorosłej osoby w trudnej sytuacji życiowej infantylne dążenie do wzbudzenia u innych współczucia i nakłonienie ich w ten sposób do przyjścia z pomocą (Frączek A., 1944, s.285).

4) Fiksacja, czyli uparte powtarzanie pewnej operacji, mimo że jest ona niecelowa i nie przyczynia się do rozwiązania problemu (Newcomb, w: Malewski, 1962, s.204).

5) Jako ostatnią wymienimy szczególną formę dezorganizacji zaobserwowaną przez E.D.Cameron (Hoch i Zubin, 1957, s.89). Stwierdził on, że u osób, które ongiś przeszły pewne choroby psychiczne lub nerwowe, stan ostrego stresu wywołuje przez czas swego trwania objawy przebytej choroby. Na przykład u schizofrenika w stanie dobrej

remisji autor obserwował wystąpienie objawów schizofrenicznych, a u osoby, która przeszła wylew krwi do mózgu, zaakcentowane powłóczenie nogą, poprzednio już niedostrzegalne. Nie są to jednak nawroty autentycznej choroby, ponieważ te objawy ustępują całkowicie z chwilą, gdy ustanie stress psychiczny.

c. Mechanizmy obronne

Obok dezorganizacji zachowania stress psychiczny wywołuje również swoiste reakcje zwane "mechanizmami obronnymi". Są to pewne, odruchowo stosowane sposoby zmniejszania trudnego do zniesienia obciążenia emocjonalnego bez zmiany rzeczywistej, stressowej sytuacji, w której znajduje się osobnik. Znajomość ich opiera się głównie na obserwacjach klinicznych, szereg z nich zostało jeszcze opisanych przez psychoanalityków. Na przykład mechanizm wyparcia opisał Freud, przypisując mu podstawowe znaczenie w swej teorii nerwic, a w koncepcjach adlerowskich podobną rolę odegrał mechanizm kompensacji. Przedstawimy najważniejsze mechanizmy obronne, opierając się na nieco zmodyfikowanym ujęciu Colemana (por. Gorlov i Katkovsky, 1959, s. 326-7).

Wśród technik obronnych wymienimy przede wszystkim dwie techniki uniwersalne, stosowane przy wszelkiego rodzaju formach stressu, mianowicie odreagowanie i narkotyzowanie się. O d r e a g o w a n i e polega na rozładowywaniu napięcia nerwowego przez emocjonalne zachowanie w sytuacji, w której nie może to pociągnąć dla osobnika konsekwen-

cji ujemnych. Najczęściej odbywa się to przez "wygadanie się" przed kimś, do kogo się czuje zaufanie,zwierzenie mu swoich uraz, żalów, rozczarowań itp. Po wygadaniu się człowiek zywkle czuje, że "zrobiło mu się lżej", tj. że napięcie emocjonalne zmalało. Podobną funkcję spełnia n a r k o t y z o w a n i e s i ę, w naszych warunkach głównie przy pomocy alkoholu - człowiek w stanie podchmielenia czy upojenia przestaje przejmować się troskami, stąd mówi się o "zalaniu robaka"[9].

Drugą grupę mechanizmów obronnych można określić łącznie jako techniki zastępczego zaspokajania potrzeb. Zaliczymy tu identyfikację, fantazjowanie oraz przemieszczenie przedmiotu potrzeby (displacement).

I d e n t y f i k a c j a jest stosowana najczęściej tam, gdzie osobnik nie może w pełni zrealizować potrzeby podniesienia własnej wartości, np. uzyskania lepszej pozycji społecznej, większej sprawności fizycznej itp. W tej sytuacji nieraz identyfikuje się on z kimś bliskim mu, kto ma brakujące mu cechy lub szanse ich nabycia.Na przykład ojciec, który nie posiada wyższego wykształcenia,może identyfikować się z synem i za wszelką cenę dążyć do tego, aby mógł on uzyskać pozycję społeczną, której jemu samemu życie poskąpiło. Nie jest to zwykła miłość ojcowska, co widać ze sposobu reagowania na niepowodzenia dziecka: ojciec przeżywa je jako własne porażki i dlatego reaguje na nie gwałtownymi wybuchami gniewu, które z pedagogicznego punktu widzenia są przeważnie szkodliwe.

Identyfikacja może czasem przybierać dziwaczne formy: w niemieckich obozach śmierci niektórzy więźniowie naśladowali zachowanie strażników, odnosili się do kolegów w sposób podobny jak tamci, a nawet mimo zakazów stroili się uparcie w strzępy niemieckich mundurów (Bettelheim, por. Gorlov i Katkovsky, 1959).

Przy zaspokajaniu dążeń przez fantazjowanie osobnik marzy, że ma to, czego w rzeczywistości nie może zdobyć. Varendonck (Green, 1933) stwierdził występowanie marzeń na jawie zarówno u dzieci jak i u dorosłych. Samotne dzieci marzą o towarzyszu i prowadzą długie zabawy z fikcyjnymi przyjaciółmi, u dorosłych występują marzenia o karierze, marzenia erotyczne, czasem agresywne marzenia o zemście lub o bohaterskim cierpieniu, które nareszcie znajduje uznanie otoczenia. Bettelheim opisał wyrażane w rozmowach marzenia więźniów Buchenwald i Dachau: im dłużej więzień przebywał w obozie, tym mniej realistyczne stawały się jego marzenia, przybierając charakter fantazji eschatologicznych lub mesjanistycznych. Rolę marzeń na jawie u dzieci mogą pełnić bajki, a u dorosłych powieści i filmy, przedstawiające odpowiednie wątki fabularne (Boring, 1960, s.420).

O przemieszczeniu przedmiotu potrzeby mówimy wtedy, gdy osobnik wyładowuje napięcie związane z niezaspokojeniem na jakimś innym przedmiocie, który jednak w pełni nie potrafi tej potrzeby zaspokoić. Należy tu np. złoszczenie się nie na swego właściwego wroga, ale na

kogoś innego bądź wyładowywanie napięcia na symbolu właściwego przedmiotu: darcie i palenie listów czy fotografii osoby, która nam wyrządziła krzywdy, całowanie przez zakochanego listów osoby kochanej itd. O ile przedmiot zastępczy posiada wartość wyższą w ocenie społecznej od tego, którego osobnikowi nie udało się zdobyć, mówi się niekiedy o "sublimacji" dążeń. Jest to termin psychoanalityczny - Freud uważał sublimację za mechanizm kanalizowania energii libido przez wyładowywanie jej w czynnościach społecznie aprobowanych, np. w twórczości naukowej lub artystycznej. Oznaczałoby to jednak, że artyści czy naukowcy powinni odznaczać się słabszym od innych popędem seksualnym, co nie znalazło potwierdzenia w badaniach (Taylor, por. Hunt McV, 1944, I, s.320); Obuchowski K., 1966, s.139).

Mechanizmy grupy trzeciej obejmują techniki obronne w węższym znaczeniu tego słowa, czyli takie manipulowanie doznawaną przykrością, aby "przestała boleć", jednakże bez usuwania jej właściwego źródła. Wymienimy tu wyparcie, formowanie reakcji przeciwnych, kompensowanie własnych braków i defektów, ekspiację, projekcję, racjonalizację oraz wewnętrzną izolację.

W y p a r c i e, którego znaczenie patogenne podkreślał Freud w swej teorii nerwic, polega na tym, że człowiek nie dostrzega ani nie przypomina sobie rzeczy przykrych. Częstą jego formą jest "polityka strusiej głowy", czyli odpychanie myśli od czekającej nas przykrości. Szczególną

postać wyparcia stanowi "obrona spostrzeżeniowa" (perceptual defense), wykryta przez Brunera i Postmana(1947, por. Eysenck, 1960, s.265). Okazało się, że odczytanie w tachistoskopie wyrazów obłożonych społecznym "tabu" (np. nieprzyzwoitych) u szeregu osób - choć nie u wszystkich - wymaga dłuższej ekspozycji niż przy wyrazach o treści obojętnej, tak jakby mózg bronił się przed nieprzyjemnymi bodźcami. Obrona spostrzeżeniowa może przybrać formę czynnościowej ślepoty, co wkracza już w dziedzinę patologii: niektórzy żołnierze ślepli w czasie wojny, mimo że ich analizator wzrokowy nie doznał żadnego uszkodzenia; zjawisko to obserwowano też u Żydów zmuszanych przez hitlerowców do przyglądania się temu, jak torturowano ich najbliższych (Boring, 1960, s.468-9). Wyparcie może dotyczyć również przykrych wspomnień. U histeryków stwierdza się rozległe amnezje, które można wyjaśnić wyparciem.

F o r m o w a n i e   r e a k c j i   p r z e c i w n y c h ma na celu udowodnienie sobie i innym, że nie posiada się pewnych wad, że nie doznaje strachu itd. i polega na zachowaniu się w sposób jaskrawo przeciwny do takiego, na który w istocie rzeczy miałoby się ochotę. Należy tu wykazywanie przesadnej uprzejmości w stosunku do osoby naprawdę nie lubianej, niedbała i pewna siebie postawa pomimo strachu lub nadmierna gorliwość w propagowaniu idei, w które osobnik w gruncie rzeczy nie bardzo wierzy, ale uważa, że powinien w nie wierzyć. Od szczerej uprzejmości, odwagi czy przejawiania uczciwych

przekonań zachowanie tego typu różni się emocjonalną przesadą, nieuzasadnioną przez faktyczną sytuację, w której osobnik się znajduje.

K o m p e n s a c j a jest pojęciem wprowadzonym do psychologii z medycyny przez A.Adlera (np. mówi się w medycynie o kompensacji wady serca) dla oznaczenia różnych sposobów usuwania przykrego uczucia niższości związanych z defektami fizycznymi czy psychicznymi. Tak rozumiana kompensacja nie zawsze jest mechanizmem obronnym w znaczeniu przedstawionym poprzednio, może ona również polegać na uczciwej pracy nad sobą, gdy np. kaleka z defektem fizycznym uczy się mimo to pracować i normalnie obcować ze swoim otoczeniem. Mechanizmem obronnym staje się natomiast kompensacja wtedy, gdy ktoś tylko markuje zalety, których nie tylko nie posiada, ale też których faktycznie nie stara się zdobyć. W tych wypadkach kompensacja przybiera formy blagowania, chełpienia się wyimaginowanymi sukcesami, hochsztaplerstwa aż po histeryczną "pseudologia phantastica". Tu można też zaliczyć tendencję do zwracania na siebie uwagi, którą niekiedy określa się jako "psychiczny ekshibicjonizm" (Boring, 1960,s.462). Osobnik taki stara się "robić ważny", uderzająco ubiera się, wypowiada szokujące poglądy, czasem nawet usiłuje zwrócić na siebie uwagę wybrykami i aspołecznym zachowaniem. U dzieci, u których działa ten mechanizm, kary nie likwidują wykroczeń, przeciwnie - są ich wzmocnieniem, bo dowodzą dziecku, że dopięło swego celu i skupiło na sobie uwagę wychowawców.

E k s p i a c j a to forma obrony przed własną niechęcią, a nawet wrogością w stosunku do drugiego człowieka. Jeśli jednostka taką postawę u siebie potępia, a jednak nie chce czy nie może jej zmienić, stara się nie lubianej osobie wynagrodzić krzywdy, które jej wyrządziła tylko w myśli, jest przesadnie uważna, pomocna, obwinia się przed sobą za drobne nawet akty niechęci itd. Być może tu tkwi źródło niektórych patologicznych urojeń grzeszności i winy. Ekspiację jako mechanizm obronny należy odróżnić od normalnej tendencji do wynagradzania innym krzywd, które się im faktycznie wyrządziło.

P r o j e k c j ę określa się jako przypisywanie innym winy za własne pomyłki lub błędy czy też własnych wad. Tu należy zachowanie, pospolicie określane jako "szukanie kozła ofiarnego". Gdy matka stłucze talerz, obwinia dziecko, że stanęło jej na drodze, uczeń obwinia za swe niepowodzenia w nauce nauczycieli, którzy "uwzięli się na niego" itd. Projekcja własnych wad przejawia się w namiętnej i przesadnej krytyce innych i obwinianiu ich np. o dążenie do wartości, których osobnik sam naprawdę pragnie, ale które u siebie dezaprobuje, o aspołeczność, rozwiązłość seksualną, karierowiczostwo, pogoń za groszem itd. Coleman widzi w projekcji źródło urojeń prześladowczych, powstających przez "rzutowanie" własnej wrogości na otoczenie i przypisywanie wskutek tego innym uczucia wrogości w stosunku do samego siebie.

R a c j o n a l i z a c j ę można określić jako takie intelektualne opracowanie przykrości, które spotkały człowieka, oraz zamierzonych czy już wykonanych czynów niezgodnych z posiadanymi poglądami, aby zmniejszyć odczuwaną przykrość względnie uniknąć wyrzutów sumienia. Należy zauważyć, że racjonalizacja może odegrać w stosunkach z otoczeniem rolę pozytywną, jeśli pozwala sprowadzić do właściwej miary przesadne, emocjonalne oceny doznanych przykrości. Są na przykład osoby, skłonne do przeceniania własnych drobnych niepowodzeń z punktu widzenia tego, "co sobie ludzie pomyślą". Racjonalizacja polegająca na jasnym zdaniu sobie sprawy z niewielkiego znaczenia popełnionej omyłki i z tego, że "ludzie" prawdopodobnie po chwili przestali w ogóle myśleć na ten temat, nadaje nieprzyjemnemu zdarzeniu właściwe miejsce w hierarchii wartości i pozwala spojrzeć na nie w bardziej poprawny sposób. Tego rodzaju racjonalizację można porównać do pewnego rodzaju "psychicznego przetrawienia", które pozwala asymilować przykre doświadczenia przez ich racjonalną analizę.

Mechanizmem obronnym racjonalizacja staje się natomiast wtedy, gdy z n i e k s z t a ł c a faktyczny stan rzeczy, aby osłabić doznawaną przykrość. Jako szczególnie częste taktyki wymienia się tu technikę "kwaśnych winogron" i technikę "słodkiej cytryny". Pierwsza polega na tym, że doznawszy niepowodzenia jednostka - jak ów lis z bajki Lafontaine'a - tłumaczy sobie, że właściwie cel,

do którego się dążyło, nie ma wielkiej wartości i "nie było o co się dobijać". Technika "słodkiej cytryny" jest uzupełnieniem tamtej, istotą jej jest wmawianie sobie wysokiej wartości tego, co się już posiada. W niektórych wypadkach techniki te mogą stać się podstawową strategią życiową człowieka, uzasadnianą za pomocą określonych poglądów filozoficznych czy religijnych, np. podkreślających wartość cierpienia, ubóstwa itd. Nie wynika stąd oczywiście, że każdy kto wyznaje taką filozofię, racjonalizuje w ten sposób własne niedołęstwo życiowe.

W e w n ę t r z n a i z o l a c j a jest mechanizmem izolującym od konfrontacji z przekonaniami własnych działań niezgodnych z nimi, ale upragnionych. W ten sposób osobnik unika dysonansu poznawczego, trudnego procesu racjonalizacji i - ewentualnie - nawet konieczności rezygnowania z danego działania. W rezultacie powstaje "rozbieżność teorii i praktyki", przy której człowiek spokojnie i bez wzruszenia wykonuje pewne czynności jakby w izolacji od całokształtu swych przekonań i opartej na nich samokontroli. W wypadkach patologicznych mówi się o "dysocjacji" pewnych partii osobowości, Coleman widzi tu źródło historycznych zjawisk rozdwojenia osobowości oraz czynnik umożliwiający sztywne trwanie urojeń wielkości, gdy np. chory umysłowo uważający się za Napoleona Bonaparte może równocześnie spokojnie, bez zmiany swego urojenia, szorować w szpitalu podłogę.

Prawdopodobnie lista wymienionych tu technik obronnych nie jest kompletna. Nie zawsze też łatwo w analizie zachowania odróżnić jedne mechanizmy od drugich oraz – co gorsze – od pewnych poprawnych form reagowania. Trudność może sprawiać np. stwierdzenie, kiedy badany jest naprawdę z przekonania skromny i nie wymagający, a kiedy filozofią skromności racjonalizuje własne niepowodzenie, kiedy wypowiada rzetelną krytykę innych, a kiedy dokonuje projekcji własnych wad itd. Do takiej "różnicowej diagnozy" trzeba obszernego materiału obserwacyjnego, ponieważ łatwo tu o pomyłki.

d) Wpływ deprywacji

Napięcie stressowe jest, jak się zdaje, tylko jednym z czynników wywołujących zaburzenia zachowania w sytuacjach trudnych. Mianowicie w sytuacjach deprywacji spotykamy się ze zmianami głębszymi i bardziej destruktywnymi, które prawdopodobnie należy przypisać czemuś więcej niż silnemu podnieceniu emocjonalnemu. Trudność tych sytuacji polega nie tylko na tym, że na osobnika działają określone bodźce stressowe, wytrącające go z równowagi, idzie również o to, że jest on pozbawiony pewnych wartości potrzebnych mu do normalnego funkcjonowania.

Deprywacja może dotyczyć wartości biologicznych, koniecznych do utrzymania fizjologicznej równowagi organizmu, wody, pokarmu lub pewnych określonych substancji pokarmowych, jak sól, cukier, witaminy, wapno itp., bądź –

wartości nie pozostających w bezpośrednim związku z biologicznym zapotrzebowaniem, lecz jak się okazuje - nie mniej ważnych, np. kontaktu emocjonalnego z innymi ludźmi lub informacji o tym, co się dzieje w otoczeniu. Szereg badań, jakie przeprowadzono nad wpływem przewlekłego głodu na psychikę i zachowanie, wskazuje,że poza objawami stressowymi, typowymi dla frustracji deprywacja zaczyna stopniowo wywoływać zaburzenia intelektualne, przypominające "zespół organiczny" występujący u osób z organicznym defektem mózgu (Biderman i Zimmer, 1961, s.24 nast., 35 nast.).Objawy typowo stressowe polegają na tym, że przy ostrym uczuciu głodu osobnik staje się emocjonalnie podniecony i drażliwy, równocześnie zaś pojawia się koncentracja myśli na jedzeniu i związane z tym tematem marzenia na jawie. W miarę postępu wygłodzenia obserwuje się jednak coraz większe zaniedbywanie się w wyglądzie i zachowaniu, stopniowemu zanikowi ulegają zainteresowania i motywy socjalne, w związku z czym słabnie kontrola moralna, przestają działać standardy uczciwości, bezinteresowności, honoru i dumy osobistej. O ile człowiek uważa swoje położenie za beznadziejne (rzadziej, gdy wie, że jest obiektem doświadczeń o określonym czasie trwania, jak np. w badaniach Keysa i Brożka, por.s. 89), występują czyny asocjalne, kradzież jedzenia, rabunek itp. W ostatnim stadium głodu, podniecenie, charakterystyczne dla fazy wcześniejszej, ustępuje miejsca apatii, znacznie obniża się aktywność,

występują objawy zaniku pamięci z możliwymi konfabulacjami, omamy, iluzje i urojenia o treści związanej z jedzeniem, rozwiązywanie zadań wykazuje wyraźny ubytek sprawności umysłowej. Jest rzeczą prawdopodobną, że zaburzenia w fazie wcześniejszej wiążą się raczej ze stressem psychicznym, natomiast późniejsze głębsze zakłócenia są już wywołane bezpośrednim, organicznym wpływem na mózg metabolizmu zaburzonego przez deprywację.

Jednakże równie poważne zaburzenia mogą wystąpić przy metabolizmie zupełnie normalnym, u człowieka o zaspokojonych wszystkich potrzebach biologicznych, pod wpływem deprywacji informacyjnej, tj. znacznie zmniejszonego dopływu bodźców zmysłowych, informujących o tym, co się dzieje w otoczeniu. Człowiek dorosły postawiony w takiej sytuacji, jak w doświadczeniu Bextona, Herona i Scotta (por. s.186), nie widzi przedmiotów bo matowe okulary przepuszczają tylko rozsiane światło, nie słyszy, bo ma na uszach gumowe poduszki, nie może też orientować się w otoczeniu przez dotyk, bo na rękach ma rękawice, a przedramiona osłonięte kartonowymi ochraniaczami. W tych warunkach już po kilku godzinach występują - poza zrozumiałą nudą i głodem wrażeń - zaburzenia umysłowe: trudność koncentracji, dziwaczne halucynacje wzrokowe, stopniowo przechodzące od obrazów hipnagogicznych w całe, nieraz plastyczne sceny, u niektórych dołączają się do tego omamy słuchowe i dotykowe. Trafiają się również dziwaczne odczucia, przypominające zjawiska znane w schizofrenii. W oma-

wianych doświadczeniach niektórzy badani stwierdzali, że czuli się "inni", ciało swe odczuwali jako "dziwne" i nie mogli znaleźć słów do opisania tej "dziwności". Jeden z nich czuł, że jego myśli unoszą się nad głową jak puch, dwóch podało, że mieli uczucie, jakby ich ciało ulegało rozdwojeniu itp. Po wyjściu z kabiny badani wykazują w testach wyraźny ubytek sprawności umysłowej w porównaniu do wyniku uzyskanego przed eksperymentem, zaburzenia kontroli motorycznej oraz zmiany we wzrokowym spostrzeganiu otoczenia. Stan ten trwa 12 do 24 godzin (Hebb, 1964, s. 130-32). U zwierząt (szczurów i psów), chowanych od urodzenia w ograniczonym środowisku (w izolacji od innych zwierząt i od ludzi, w pustych klatkach, bez możności ćwiczenia itd.), stwierdzano trwałe upośledzenie umysłowe (Hebb, l.c.). Podobny skutek, jak ograniczenie ilości bodźców zmysłowych w eksperymentach Bextona, Herona i Scotta, można uzyskać przy monotonnym działaniu stale takimi samymi bodźcami, bo i w tej sytuacji liczba informacji, przekazywanych przez narządy zmysłowe, ulega ograniczeniu. Biderman i Zimmer (1961, s.28) wysnuwają stąd wniosek - jak się zdaje słuszny - że mózg do normalnego funkcjonowania potrzebuje tak samo dowozu zmieniających się informacji, jak organizm dowozu substancji pokarmowych, tzn. że deprywacja sensoryczna ma na jego funkcjonowanie wpływ bezpośredni, typu organicznego. Wyniki tych badań mają zasadnicze znaczenie dla analizy zachowania się np. więźniów odbywających dyscyplinarną karę "ciemnej

celi", a także osób pracujących w warunkach ograniczonego dopływu informacji, jak kontrolerzy zautomatyzowanych fabryk, piloci samolotów odrzutowych, kosmonauci itp.

Nie mniej uderzające są wyniki badań nad deprywacją emocjonalną (kontaktu emocjonalnego). Obserwacje z tego zakresu dotyczą przeważnie dzieci pozbawionych opieki matki przez długi pobyt w szpitalu, żłobku, domu małego dziecka itp. Często mówi się tu o "deprywacji macierzyńskiej", ale idzie raczej o pozbawienie dziecka kontaktu emocjonalnego, okazuje się bowiem, że występujące tu zaburzenia znikają nie tylko przez przywrócenie kontaktu z matką, lecz również przy nawiązaniu trwałego kontaktu z "matką zastępczą", tj. dowolną osobą, która systematycznie, tak jak matka, opiekuje się dzieckiem, karmi je, rozmawia z nim, pieści itp. (Ribble, por. Hunt McV, 1944, II s.634).

Zaburzenia występujące u niemowląt pod wpływem deprywacji emocjonalnej były opisywane przez wielu autorów w Polsce i zagranicą (por. Obuchowski K., 1966, s.212-217). Są to zarówno zaburzenia zachowania, jak też zaburzenia somatyczne, nieraz tak poważne, że - jak podaje Ribble (l.c) - były jeszcze z początkiem naszego stulecia określane jako "uwiąd niemowlęcy" i w szeregu wypadków prowadziły do zgonu dziecka.

Zaburzenia zachowania przebiegają w dwóch etapach: w pierwszym występuje "reakcja rozpaczy", charakteryzująca się podnieceniem, przewlekłym trwającym nawet do paru dni krzykiem, zanikiem zainteresowania dla otoczenia i

brakiem apetytu, w drugim - podniecenie ustępuje miejsca apatii i obojętności. Rozwój dziecka zatrzymuje się, a potem ulega stopniowej regresji. Pojawiają się zaburzenia somatyczne: dziecko nie przyjmuje pokarmu albo wymiotuje, oddech staje się płytszy, skóra traci napięcie, obserwuje się również skłonność do alergicznych zmian skóry. Dla ilustracji przytoczę przykład z materiałów J.Bowlby'ego, który z polecenia Światowej Organizacji Zdrowia przeprowadził na ten temat rozległe badania w skali międzynarodowej. Przykład dotyczy chłopca w wieku 4 miesięcy, który dwa ostatnie miesiące spędził w szpitalu, w chwili wypisania ważył mniej niż przy urodzeniu i został oddany rodzinie w stanie krytycznym.

"Z wyglądu przypominał bladego, pomarszczonego staruszka. Oddychał tak słabo i płytko, jakby oddech miał lada chwila ustać. Badanie przeprowadzone 24 godziny po powrocie do domu wykazało, że chłopczyk zaczynał już gruchać i uśmiechać się. Choć w diecie jego nie wprowadzono żadnych zmian, szybko przybierał na wadze i z końcem pierwszego roku życia nie różnił się pod tym względem od innych dzieci, robił wrażenie dziecka pod każdym względem dobrze rozwiniętego (Bowlby, 1953, s.23).

Twierdzi się że deprywacja emocjonalna trwająca ponad 6 miesięcy doprowadza u dzieci do nieodwracalnych zmian osobowości, przejawiających się w socjalnej niedojrzałości, chłodzie uczuciowym itp. A.D.B. Clarke i A.N. Clarke (b.d.,s.26-36) uważają jednak, że wielkość uszkodzenia

psychicznego wywołanego deprywacją zależy od szeregu czynników, łącznie z różnicami indywidualnymi i że sprawa nie zawsze przedstawia się tak tragicznie, w większości wypadków istnieje możliwość restytucji normalnych stosunków z otoczeniem. Również w naszej literaturze przytaczano analogiczne obserwacje (Bielicka i in., por. Obuchowski, 1966, s.216). Zauważyć przy tym trzeba, że według obserwacji Hebba (1964, s.130) potrzeba kontaktu emocjonalnego nie jest wrodzona, lecz pojawia się bardzo wcześnie jako wynik zależności od innych. Sprawa ta wymaga więc dalszych badań .

Choć zaburzenia związane z deprywacją emocjonalną badano głównie u dzieci, występują one w pewnym stopniu również u dorosłych w warunkach bądź to izolacji, bądź też odtrącenia przez innych. Człowiek jest istotą społeczną i kontakty z innymi są mu koniecznie potrzebne dla normalnego funkcjonowania. U mniej więcej jednej trzeciej pilotów prowadzących samoloty odrzutowe na dużych wysokościach występuje poczucie osamotnienia, nierealności i stany onejroidalne. Analogiczne reakcje stwierdzono też u wielu więźniów, przebywających dłuższy czas w izolacji (Bennett, Meltzer, por. Biderman i Zimmer, 1961, s.86).

5. Adaptacja do stressora

Stress psychiczny jest procesem odmiennym od stressu fizjologicznego (por. s.84), jednakże wykazuje z nim pewne analogie, które można wyzyskać przy analizie jego

wpływu na zachowanie. Jak wspomniano poprzednio (por. s.34) Selye stwierdził, że stress fizjologiczny stanowi formę walki ze stressorem i ma na celu przystosowanie organizmu do obrony przed nim. Proces ten przebiega w trzech fazach, alarmowej (ogólna mobilizacja), adaptacji (koncentracja odczynu w miejscu uszkodzenia) i wyczerpania (ponowne uogólnienie zakłóceń w wypadku niemożności uzyskania trwałej adaptacji do stressora, por. s. 34). Wydaje się, że analogiczne fazy można stwierdzić w przebiegu stressu psychicznego (por. Morgan, 1961, s.119-120).

Opisane poprzednio zjawiska dezorganizacji zachowania w stanie stressu można uważać za fazę alarmową w przebiegu odczynu stressowego. Jeśli jednak stressor działa długotrwale albo powtarza się, reakcja stressowa wchodzi w fazę adaptacji, tzn. osobnik wypracowuje pewien sposób "dawania sobie rady" ze stressem. Jeśli to się uda, poziom aktywizacji obniża się, a miejsce impulsywnego, zdezorganizowanego zachowania zajmuje wyuczona reakcja zapobiegania zagrożeniu, przezwyciężania przeszkody itp. Przejście od fazy alarmowej do fazy adaptacji wyraźnie widać w eksperymentach nad zwierzętami. Miller (por. Woodworth - Schlosberg, 1963, II, s.223) stwierdził, że szczur umieszczony w klatce z drucianą podłogą, po wytworzeniu uwarunkowania na odgłos brzęczyka, sygnalizującego uderzenie prądem, w odpowiedzi na brzęczyk wykazuje najpierw liczne objawy dezorganizacji lękowej: drapie drzwi-

czki klatki, gryzie siatkę na podłodze, kuli się, piszczy, oddaje mocz i kał. Z chwilą jednak, gdy zwierzę nauczy się na odgłos brzęczyka otwierać drzwiczki, co umożliwia mu wyjście z klatki zanim jeszcze otrzyma uderzenie prądem, objawy strachu znikają, ustępując miejsca spokojnej i precyzyjnej reakcji zapobiegawczej. Adaptacja do stressora jest pewną formą uczenia się i decyduje o trwałej dyspozycji do określonego zachowania w tego rodzaju sytuacjach. U człowieka należałoby mówić o wpływie stressu psychicznego na osobowość. Wpływ ten może być dla społecznego życia człowieka pozytywny lub negatywny, zależnie od tego, jaką reakcję na stressor przyswoi sobie jednostka.

Formy poprawne - to nauczenie się przezwyciężania przeszkody, rezygnowania z celów nierealnych na rzecz innych, możliwych do osiągnięcia, można również nauczyć się znosić bez dezorganizacji ból fizyczny itp. Adaptacja może jednak przybierać również formy niepoprawne, o ile w danych warunkach doprowadziłyby one do usunięcia stressora, a przynajmniej do zmniejszenia napięcia stressowego. Tak np. u dzieci może powstać nawyk złoszczenia się, rzucania się na podłogę, kopania, krzyczenia itd., jeżeli dziecku udawało się na tej drodze wymóc na matce jakieś ustępstwo (por. Morgan, 1961, s.111). Agresywność może też być wyhodowana przez środowisko brutalne, cenią-ce tylko siłę i przewagę fizyczną. Jest rzeczą interesującą, że badania nad środowiskami rodzinnymi nieletnich

przestępców systematycznie pokazują na agresywne, wybuchowe i nadmiernie surowe wychowanie rodzinne (Spionek, 1965, s.225, Wójcik, 1965, s.325).

W ten sam sposób mogą utrwalić się takie lub inne mechanizmy obronne, wskutek czego osobnik, zamiast rozwiązywać trudne problemy życiowe, nawykowo manipuluje własnym napięciem emocjonalnym i stara się je zmniejszyć, nie angażując się w zmienianie rzeczywistości. Przy takiej postawie stopniowo zanika realistyczne spojrzenie na świat, co może prowadzić do rozwoju patologicznych zaburzeń zachowania, kompulsji, myśli natrętnych, autystycznego uciekania w świat marzeń, urojeń itp. W świetle tej koncepcji objawy nerwicowe stanowiłyby wadliwe, często nadmiernie zgeneralizowane nawyki przystosowawcze (Cameron 1947[10], Eysenck, 1960 b, s.9, Shaffer i Shoben, 1956, s.157).

6. Problem zaburzeń psychosomatycznych

Osobny problem psychologiczny stanowią psychogenne zaburzenia somatyczne, czyli "psychosomatyczne". Pierwsze ich psychologiczne tłumaczenia pochodzą, jak już wspomniano (s.71), od psychoanalityków: Freud wyjaśniał je symboliczną "konwersją" wypartych pragnień i wspomnień. Adler zaś widział w nich "ucieczkę w chorobę", mającą na celu uniknięcie pewnych niebezpieczeństw zagrażających "ideałowi mocy" lub powiększenie "mocy" np. przez podporządkowanie sobie otoczenia.

Choć teorie psychoanalityczne są jeszcze uznawane przez wielu psychologów i psychiatrów, np. w Stanach Zjednoczonych czy we Francji, dla polskiego (i nie tylko polskiego) psychologa bardziej naukowe wydaje się pojmowanie zaburzeń psychosomatycznych w oparciu o współczesne teorie uczenia się. Jak wiadomo, w teorii uczenia się wyróżniamy dwojakiego rodzaju odruchy warunkowe, klasyczne i instrumentalne (por. Woodworth-Schlosberg, 1963, II, s.33-4). Odruchy instrumentalne to wyuczone powiązania z określonym bodźcem reakcji, które w danej sytuacji stanowią środek ("instrument") do zdobycia jakiejś korzyści lub zabezpieczenia się przed pewną szkodą. Odruchy klasyczne nie mają tego "instrumentalnego" charakteru i są reakcjami na bodziec, który na zasadzie styczności w czasie powiązał się z bodźcem bezwarunkowym wywołującym te reakcje sam przez się, bez nauki. Jako przykład odruchów klasycznych, mogą posłużyć badane przez Pawłowa ślinowe odruchy warunkowe, odruchem zaś instrumentalnym jest u psa, dajmy na to, nawyk podnoszenia przedniej nogi na światło, przy czym podniesienie nogi stale jest wzmacniane pokarmem, tzn. stanowi w tej sytuacji pewien sposób zdobywania jedzenia (Konorski, 1928).

W szeregu badań udowodniono, że reakcje autonomiczne można warunkować na bodźce zewnętrzne, tj. powiązać z funkcjami korowymi. W Związku Radzieckim doświadczenia

takie przeprowadzono w szkole Bykowa, z innych krajów można wymienić nazwiska Gantta, Liddella, Beira i in. (Eysenck, 1960, s.476 nast.). Były to jednak wszystko odruchy klasyczne, a nie instrumentalne. Inaczej mówiąc, pewne zaburzenia ze strony układu krążenia, układu trawiennego itd. mogą powiązać się czasowo z bodźcami sytuacyjnymi, które kiedyś towarzyszyły stresorom wywołującym takie reakcje. Tak powstają najprawdopodobniej fobie z całą ich komponentą wegetatywną; w laboratorium udało się też sprowokować ataki astmy oskrzelowej, działając na pacjentów bodźcami sytuacyjnymi, odtworzonymi na podstawie ich historii choroby (Eysenck, 1960, s.477). Badania pokazały również, że somatyczne reakcje warunkowe mają tendencję do nasilania się w miarę częstości ich uruchamiania przez odpowiednie bodźce warunkowe (Beir, cyt. Eysenck, 1960,s.476).

O ile wiadomo jednak, dotychczas nie udało się wytworzyć w laboratorium instrumentalnych odruchów somatycznych, tj. laboratoryjnego modelu adlerowskiej "ucieczki w chorobę". Pawłow podejrzewał działanie takiego mechanizmu u histeryków (Pawłow, 1951, s.441-2), a i w podręcznikach psychiatrii nieraz cytuje się przypadki histerycznych ucieczek w chorobę (np. Bilikiewicz, 1957, s.307). Może więc przynajmniej u histeryków, odznaczających się wysokim stopniem ideoplastii, uda się kiedyś również eksperymentalnie stwierdzić adlerowski mechanizm "ucieczki w chorobę".

Wydaje się jednak, że psychosomatyczne zaburzenia mogą też mieć jeszcze inne pochodzenie, mianowicie powstawać w fazie wyczerpania, gdy osobnikowi nie uda się wypracować reakcji adaptacyjnej, likwidującej stan stressu emocjonalnego. Być może właśnie wtedy mielibyśmy do czynienia z tak ostrymi zaburzeniami, jak zawał serca, choroba wieńcowa, wrzodowa itd.

Pewne potwierdzenie tej tezy stanowi dramatyczny eksperyment przeprowadzony przez Brady'ego (1958, por. Morgan, 1961, s.118). Dwie małpy, eksperymentalną (E) i kontrolną (K) sadzano obok siebie na krzesłach. Zwierzęta były zaopatrzone w pokarm i w wodę, ale nie mogły wstać z krzeseł. Eksperyment trwał przez wiele dni: W ciągu 6 godzin prowadzono właściwe doświadczenia, potem dawano małpom sześć godzin wypoczynku, znów prowadzono badanie przez 6 godzin itd.Doświadczenie wyglądało następująco: Obie małpy otrzymywały co 20 sekund lekkie uderzenie prądem. Małpa E miała przed sobą dźwignię, za pomocą której mogła wyłączać prąd; jeśli naciskała dźwignię regularnie przed upływem każdego 20-sekundowego okresu, mogła całkowicie uchronić od bólu i siebie samą i swoją towarzyszkę. Przy krzesełku małpy K była wmontowana podobna dźwignia, ale naciskanie jej nie miało żadnego wpływu na prąd. Zaskakującym wynikiem eksperymentu było to, że po 23 dniach badań małpa E zdechła - sekcja wykazała wrzód żołądka. Eksperyment powtórzono wiele razy na innych zwierzętach, z takim samym wynikiem.

Brady interpretował wynik swego eksperymentu nieco antropomorficznie: Małpa E była jakby "kierownikiem", na którym ciążyła odpowiedzialność za wyłączanie prądu, stąd cały czas była w napięciu i "martwiła się", co uruchamiało przewlekłe reakcje wegetatywne i ostatecznie stawało się przyczyną jej śmierci. Małpa K "martwić się" nie potrzebowała, odpowiedzialności nie ponosiła i wystarczyło jej przez 6 godzin stoicko znosić lekkie uderzenie prądem, gdy małpa E nie zdążyła go wyłączyć. Czynnikiem patogenicznym była może raczej nie tyle "odpowiedzialność", ile regularne, częste powtarzanie się stressora, co małpę E, mogącą nim manipulować, utrzymywało w stałym napięciu przez 12 godzin na dobę. Ale nawet i przy takiej interpretacji eksperyment Brady'ego nie jest bez znaczenia dla zrozumienia psychosomatycznych zaburzeń powstających w fazie wyczerpania również u chłowieka.

7. Tolerancja na stress psychiczny

Rozważania związane z reagowaniem na stress psychiczny uzupełnimy jeszcze kilkoma uwagami na temat zależności zachowania w stressie od osobowości. Wprawdzie dezorganizacja zachowania w stanach napięcia emocjonalnego jest przede wszystkim uwarunkowana sytuacyjnie, niemniej jednak pewną rolę odgrywają tu również determinanty osobowościowe. Przede wszystkim zwraca uwagę to, że jedni ludzie łatwiej, a inni trudniej ulegają dezorganizacji w trud-

nych stuacjach, różnie łatwo wytrzymują wytwarzane przez te sytuacje napięcie emocjonalne. Dla określenia tej cechy w psychologii klinicznej stosuje się zaczerpnięte z medycyny pojęcie "tolerancji", czyli "odporności" i mówi się o indywidualnej tolerancji na stress psychiczny.

S.Rosenzweig (1944, w: Hunt McV, I, s.385),który pierwszy wysunął tę problematykę, definiuje tolerancję stressową jako "zdolność jednostki do wytrzymywania frustracji bez ... uciekania się do nieadekwatnych form reagowania". Ponieważ autor ten rozumie "frustrację" bardzo szeroko, mianowicie jako stan wzmożonego napięcia wywoływany również przez deprywację i różnego rodzaju zagrożenia, można uważać, że przytoczona definicja dotyczy w istocie rzeczy tolerancji na stress psychiczny. Za miarę tak pojmowanej tolerancji można uważać "próg tolerancji", tzn. najniższy stopień obciążenia stressowego, przy którym zachowanie jednostki ulega już dezorganizacji[11]. Tak rozumiany próg tolerancji stressowej odpowiadałby w krzywej Yerkesa - Dodsona punktowi leżącemu tuż poza szczytowym punktem krzywej; byłby to indywidualny "punkt załamania", po którego przekroczeniu zachowanie zaczyna ulegać postępującej deterioracji.

Obserwując, że w trudnych sytuacjach życia codziennego jeden łatwo "traci głowę", a drugi pozostaje zrównoważony, stwierdzamy raczej różnicę w tolerancji na stressory niż na sam stress psychiczny. Tolerancja na stressory, czyli zdolność zrównoważonego zachowania w trudnych sytuacjach,

nie jest tym samym co tolerancja na stress. Tolerancję na stressory wykazuje również osobnik emocjonalnie mało pobudliwy, który w trudnej sytuacji dlatego zachowuje spokój, ponieważ nią się "nie przejmuje". W tym jednak wypadku nie można mówić o wysokiej tolerancji na stress, z tego prostego powodu, że napięcie emocjonalne u takiego osobnika nie osiąga wysokiego poziomu. Z tolerancją na stress mamy do czynienia tylko w tym wypadku, gdy mimo silnego podniecenia zachowanie osobnika nie ulega dezorganizacji.

W badaniach nad tolerancją stressową musimy więc brać pod uwagę nie obiektywną, trudną sytuację, lecz występujący w tej sytuacji poziom napięcia, który w laboratorium można mierzyć np. przy pomocy wskaźników somatycznych (reakcja skórno-galwaniczna, zmiany tętna, oddechu itp.),samooceny badanego (introspekcyjna ocena stopnia zdenerwowania w skali kilkustopniowej) itd. Dopiero stwierdziwszy, że z dwóch osób, u których występuje równie wysoki poziom stressu, jedna dezorganizuje się, a druga - nie, możemy mówić o wyższej tolerancji na stress u osobnika drugiego.

Psychologia kliniczna nie rozporządza jeszcze badaniami nad indywidualną odpornością na stress, sam problem został dopiero postawiony niedawno. Można więc co najwyżej wysuwać pewne hipotezy co do cech osobniczych, od których zależy stopień tolerancji stressowej, jako wytyczne do prac badawczych z tej dziedziny.

Przypuszczalnie odporność na stress jest wyznaczona zarówno przez pewne fizjologiczne, wrodzone i nabyte cechy

układu nerwowego, jak też przez społeczny trening i doświadczenie życiowe osobnika. W pierwszej grupie podkreślić trzeba s i ł ę k o r y m ó z g o w e j w rozumieniu, jakie temu terminowi nadał Pawłow. W badaniach nad nerwicami eksperymentalnymi stwierdzono, że słabe typy układu nerwowego znacznie łatwiej dezorganizują się w nerwicogennych sytuacjach laboratoryjnych niż typy silne. Słaba kora reaguje na silniejsze bodźce nie pobudzeniem, lecz hamowaniem pozakresowym, ochronnym, co stanowiłoby zasadniczy mechanizm dezorganizacji. Również i w klinice łatwą dezorganizację, występującą np. u histeryków, tłumaczył Pawłow tym, że kora mózgowa osobników tego typu jest za słaba, aby znieść silne ładunki pobudzenia płynące od ośrodków podkorowych (por. Iwanow - Smolenski, 1951, s. 170). Być może, podobną rolę jak wrodzona słabość kory mogłaby odegrać jej wtórna astenizacja, np. wskutek przewlekłej choroby czy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Przypuszczalnie obok tego czynnika, natury raczej fizjologicznej ważną rolę grają również dotychczasowe doświadczenia osobnika. Rosenzweig we wspomnianym artykule zwraca uwagę na to, że obniżona tolerancja stressowa może wiązać się z niedostatecznym treningiem, np. dzieci rozpieszczone, chronione przez rodziców skrzętnie przed wszelkimi trudnościami, nie mają okazji do wypracowania odpowiednich technik dawania sobie rady z przeszkodami i zagrożeniami, do cierpliwego znoszenia frustracji i do-

legliwości życia codziennego, w rezultacie zaś powstaje u nich niska tolerancja stressowa. Z drugiej strony jednak częsty, silny stress, do którego dziecko nie potrafi się przystosować, jak np. w wychowaniu zbyt surowym, niewyrozumiałym i brutalnym, doprowadza do powstania lokalnych "stref" obniżonej tolerancji. Jest to bardzo skrótowe sformułowanie, ale może idzie tu o to, że pod wpływem przykrych bodźców powstają emocjonalne odruchy warunkowe, np. lęki czy impulsywne reakcje agresywne, bez odpowiedniego adaptacyjnego działania. Tak wytwarzają się - według klasycznego doświadczenia Watsona i Rayner (por. Eysenck, 1960 b, s.28-37) - uwarunkowane reakcje strachu przed zwierzętami. Ponieważ emocjonalne odruchy warunkowe są zwykle dość szeroko zgeneralizowane, tworzy się trwała emocjonalna postawa negatywna w stosunku do pewnego zakresu przedmiotów i sytuacji, którą właśnie można określić jako "lokalną strefę obniżonej odporności na stress". Ma się przez to na myśli, że choć nawet ogólna tolerancja stressowa takiego osobnika może być normalna, zetknięcie z danymi przedmiotami stale wytrąca go z równowagi, wywołując u niego uwarunkowane reakcje emocjonalne.

Prawdopodobnie pewną rolę w determinacji stopnia tolerancji na stress odgrywa również poziom sprawności umysłowej. Zgodnie z prawem Yerkesa - Dodsona, dezorganizacja działania w stressie występuje tym łatwiej, im trudniejsze jest wykonywane działanie, można więc przypusz-

czać, iż w tych samych warunkach (tzn. przy wykonywaniu takich samych zadań i przy takim samym poziomie stressu) osobnik umysłowo mniej sprawny łatwiej będzie ulegał dezorganizacji, ponieważ napotyka na większe trudności w działaniu.

Są to jednak tylko hipotezy i dopiero konkretne badania nad tolerancją stressową pokażą, jak dalece są one słuszne i jakie jeszcze inne czynniki wchodzą tu w grę.

8. Psychologiczne i organiczne wyznaczniki defektów osobowości

W zakończeniu tego rozdziału zajmiemy się niektórymi zagadnieniami związanymi z defektami osobowości i płynącymi z nich predyspozycjami do zaburzeń zachowania. Pojęcie osobowości zostało poprzednio odniesione (por.s.62) do trwałego indywidualnego schematu, według którego przebiegają u danej jednostki procesy kierujące zachowaniem. Była też mowa o tym, że stabilizacja i indywidualizacja osobowości zależy zarówno od "d o ś w i a d c z e n i a", nagromadzonego przez jednostkę w ciągu jej dotychczasowych interakcji z otoczeniem, jak też od stałych cech jej organizmu, a więc defekty osobowości mogą zależeć i od charakteru owych interakcji oraz wynikających stąd braków doświadczenia, i od różnych defektów organizmu. Rozpatrzmy trochę bliżej te zależności.

Doświadczenie można pojąć jako zespół zakodowanych i "wpisanych" w mózgu informacji na temat przedmiotów otoczenia i właściwości samego osobnika, wartości przedmiotów, właściwych sposobów postępowania w poszczególnych sytuacjach itd. (por. s.64). Stanowi ono pewnego rodzaju stały program, według którego przebiega przeróbka pobieranych nowych informacji i - w konsekwencji - sposób, w jaki osobnik reguluje swoje stosunki z otoczeniem.

Ilość i jakość posiadanego doświadczenia jest u różnych osób różna i zależy od tego, w jakich warunkach kulturowych ktoś urodził się i rozwijał, co stanowi losową, lepszą lub gorszą "szansę życiową". Wyżej stojące środowisko kulturowe produkcje bogatsze doświadczenie, środowisko prymitywne - doświadczenia prymitywne, szczupły zespół wartości i odpowiednio mały zasób wiadomości. Istnieją dane o pewnej liczbie dzieci, chowanych z różnych powodów od najwcześniejszego dzieciństwa w izolacji (na strychach, w kurnikach, chlewiku itp., por. Clarke i Clarke. b.d., s.26-36), które w chwili znalezienia, licząc 6-7 lat życia, miały poziom umysłowy idiotów. Inny przykład mogą stanowić różnice pomiędzy dziećmi pochodzącymi ze wsi odległych od ośrodków kultury i dziećmi z dużych miast, stwierdzone w praktyce szkolnej przez nauczycieli. W szeregu przypadków środowisko, w którym żyje osobnik, posiada wadliwą strukturę społeczną, a wtedy produkuje wadliwe doświadczenie, zorganizowane dookoła wartości sprzecznych z zasadami normalnego życia społecz-

nego. Dotyczy to nie tylko rodzin przestępczych, chowających swe dzieci w zasadach przestępczej moralności, czy też córek prostytutek, wcześnie zaprawianych do tego "zawodu".

Jak była mowa w poprzednich paragrafach, wadliwe doświadczenia powstają też pod wpływem silnego i długotrwałego stressu, do którego osobnik adaptuje się w sposób niezgodny z normami społecznego współżycia (por. s.111) lub mało racjonalny z punktu widzenia skutecznej taktyki samoregulacyjnej (np. nawykowe stosowanie mechanizmów obronnych). Sytuacje takie powstają przy błędach wychowawczych, popełnionych przez rodziców wskutek nieświadomości, wadliwych poglądów pedagogicznych, wybuchowego temperamentu itd. Są również błędy wychowawcze, polegające na tym, że rodzice nie dają dziecku dostatecznych okazji do zebrania doświadczenia. Tak jest np. przy wspomnianym już poprzednio wychowaniu rozpieszczającym, gdy dziecko, zaopatrywane bez wysiłku ze swej strony we wszystko czego zapragnie i skrzętnie chronione przed wszelkimi przykrościami, nie ma możności zdobycia doświadczenia co do skutecznych technik zdobywania wartości dodatnich i obrony przed szkodami, w rezultacie zaś nie umie potem dać sobie rady w sytuacjach trudnych. Sprawy te są na ogół znane, często omawiane w literaturze (por. np. Spionek, 1965, s.66-80, Lewicki A., 1957 i in.) i nie będziemy się tu dłużej nad nimi zatrzymywać. W ten sposób powstałe defekty osobowości można uważać za uwa-

runkowane "psychologiczne", zgodnie z przytoczonym poprzednio pojęciem "czynników psychologicznych" (por. s. 174).

Jeśli założymy, że osobnik jest fizycznie zdrów i normalny, to jest rzeczą jasną, że występujące u niego defekty osobowości należy przypisać przede wszystkim owym wpływom psychologicznym. Sprawa jednak komplikuje się z chwilą, gdy stwierdza się u niego również pewne fizyczne anomalie, odchylenie od normy w zakresie anatomicznych i fizjologicznych właściwości mózgu, układu endokrynologicznego, a także receptorów, narządów ruchu i budowy ciała. W tych wypadkach powstaje problem, jaki jest udział w genezie defektów osobowości czynników środowiskowych, a jaki - defektów fizycznych, problem, który w tej chwili należy do najbardziej niejasnych w etiologii zaburzeń zachowania. Są poglądy, które główne znaczenie przypisują tu defektom fizycznym, i inne, podkreślające raczej szkodliwy wpływ środowiska (por. Davis D.R., 1957, s.43).

Rozwiązanie tego problemu ma dla psychologii klinicznej znaczenie podstawowe, od niego bowiem zależy możliwość udziału psychologa w korygowaniu zaburzeń zachowania. Jeśli predyspozycje do zaburzeń zachowania są wyznaczone głównie przez fizyczne defekty osobnika, możliwość oddziaływania na nie na drodze psychologicznej jest minimalna lub nawet żadna, wszelkie zabiegi psychoterapeutyczne, resocjalizacyjne, rehabilitacyjne itd. opierają się bowiem na założeniu, że badany jest w mniejszym lub większym stopniu podatny na działanie czynników psychologicznych.

Wydaje się, że panująca w tej dziedzinie niejasność jest wynikiem dwóch spraw, po pierwsze - nieprawidłowego, teoretycznego ustawienia problemu oraz, po drugie - braku systematycznej wiedzy empirycznej. Jeśli idzie o pierwszą sprawę, to należy przede wszystkim stwierdzić, że różne cechy fizyczne mają różny związek z mózgiem jako narządem samoregulacji i dlatego mechanizm ich działania na osobowość może być różnorodny. Wyróżnimy tu trzy jego rodzaje:

1) Do pierwszej grupy zaliczymy te defekty fizyczne, które wpływają na ośrodkowe procesy regulacyjne, zakłócając bezpośrednio mechanizm kodowania i przewodzenia informacji na drodze "fizjologicznej" (por.s.75). Będą tu należeć wrodzone wady i nabyte defekty mózgu (różne formy oligofrenii, otępienia i tzw. charakteropatii), niektóre zaburzenia przemiany materii (np. przy oligofrenii fenylopirogronowej) oraz zaburzenia endokrynologiczne (kretynizm i inne defekty osobowości przy chorobach tarczycy i dysfunkcjach wielogruczołowych). Wpływ ich może być, jak się zdaje dwojaki: jedne z nich uszkadzają wprost procesy przewodzenia i magazynowania informacji, co dla psychologa jest równoznaczne z obniżeniem poziomu inteligencji. Jednakże przy innych sam aparat kodujący i przewodzący nie jest uszkodzony,natomiast obserwuje się zaburzenia polegające na zmniejszeniu albo podwyższeniu napędu emocjonalnego,co wtórnie odbija się na procesach orientacyjnych,zgodnie z prawem Yerkesa-Dodsona(por.s.90). Tak

jest najprawdopodobniej przy zaburzeniach endokrynologicznych. Mateer (1955, por. Ruch F.L., 1941, s.515) pokazał, że u dzieci z niedoczynnością tarczycy, o niskim ilorazie inteligencji (50-60) można uzyskać poprawę aż do stanu normy intelektualnej (I.I=90) przez regularne podawanie wyciągu tarczycy, co wskazuje że ich mózg jako taki jest zdolny do normalnego funkcjonowania. Pewną rolę może tu odgrywać również defekt cechy, którą Pawłow nazwał "siłą kory mózgowej", co przejawiałoby się - jak była wzmianka - w obniżeniu odporności procesów korowych na pobudzenie emocjonalne.

2) Druga grupa defektów fizycznych obejmuje chroniczne choroby somatyczne, takie jak organiczna wada serca, gościec zwyrodniający itp. O ile wiadomo, choroby te nie wpływają na czynności mózgu bezpośrednio, wpływ ich jest raczej pośredni i "psychologiczny". Przede wszystkim są one źródłem trwałych lub często powtarzających się dolegliwości, tzn. przykrych, stressowych bodźców interoceptywnych, z całą ich nadbudwą psychologiczną, jak lęk przed śmiercią, troska o dalszy rozwój choroby itd. Po drugie - choroby te mniej lub więcej utrudniają choremu normalne życie w otoczeniu społecznym.Na przykład przy daleko posuniętym gośćcu występują zniekształcenia kończyn utrudniające, a nawet uniemożliwiające wykonywanie szeregu czynności, a tym samym ograniczające możliwości pracy, korzystanie z rozrywek, stosunków towarzyskich itd. Inaczej mówiąc, choroby te powodują liczne środowiskowe sy-

tuacje stressowe, o których była mowa w poprzednich paragrafach i raczej na tej drodze przyczyniają się do wystąpienia takich czy innych defektów osobowości niż przez bezpośredni wpływ na czynności mózgu.

3) Do trzeciej wreszcie grupy zaliczamy wrodzone bądź nabyte kalectwa sensoryczne i motoryczne, a także wady budowy ciała, jak skrzywienie kręgosłupa i garb. Należałoby tu włączyć również pewne cechy normalne, ale stanowiące defekt fizyczny w świetle przyjętych w społeczeństwie standardów urody, np. niski wzrost u mężczyzn a bardzo wysoki u kobiet, nadmierna (ale nie patologiczna) otyłość czy chudość, znacznego stopnia brzydota rysów twarzy itp. Wpływ kalectw sensorycznych polega przede wszystkim na tym, że odcinają one pewne źródła informacji w otoczeniu. Wiadomo jak wrodzony brak słuchu czy wzroku upośledza inteligencję dziecka, co szczególnie dramatycznie przedstawia się)w wypadku osób głuchoniemych (Laura Bridgeman, Helena Keller, Olga Skorochodowa i in.). Kalectwa motoryczne wrodzone (np. przy chorobie Little'a) lub wcześnie nabyte (następstwa choroby Heinego i Mediny) podobnie ograniczają dowóz informacji dotykowych i kinestetycznych, istotnych dla rozwoju spostrzegania i myślenia (por.Szuman 1932, 3, s.263-94 oraz Szuman, 1955), ponadto zaś utrudniają wykonywanie mnóstwa czynności i ograniczają normalne stosunki z otoczeniem, stanowiąc źródło stressu, podobnie jak omówione przed chwilą choroby somatyczne. I

wreszcie wszystkie inne defekty fizyczne, nabyte w późniejszym wieku kalectwa oraz defekty budowy ciała, należy przede wszystkim uważać za czynnik produkujący środowiskowe sytuacje stressowe. W ten sposób ta grupa defektów fizycznych, łącznie z poprzednią, działa raczej na drodze "psychologicznej", przyczyniając się do powstania wadliwego lub niewystarczającego doświadczenia, podobnie jak wadliwe wpływy środowiskowe. Podkreślał to szczególnie A.Adler, według którego "kompleks niższej wartości" może być uwarunkowany tak samo błędami wychowawczymi, jak defektami fizycznymi.

Znaczenie tego twierdzenia dla psychologii klinicznej jest jasne: defekty fizyczne grupy drugiej i trzeciej należy uważać za w pełni dostępne oddziaływaniom psychologicznym, ponieważ mózg jako narząd samoregulacji jest przy nich zdolny do normalnego funkcjonowania i dostępny dla oddziaływań psychologicznych. Chociaż więc należące tu cechy fizyczne niewątpliwie mają wpływ na osobowość, można go kompensować przez odpowiednie wychowanie czy oddziaływanie rehabilitacyjne lub psychoterapeutyczne. Pozytywne wyniki wychowania specjalnego dzieci niewidomych i głuchoniemych, rehabilitacji inwalidów ortopedycznych, a także znane z obserwacji przykłady osób chorych na ciężkie chroniczne choroby, nie wykazujących wyraźnych defektów osobowości, przemawiają wyraźnie za tym stanowiskiem. Można również przytoczyć z klicznych obserwacji wypadki wrodzonych, bardzo ciężkich defektów motorycznych,

przy których osobnik nie tylko nie wykazywał obniżonego poziomu umysłowego, ale uzyskiwał wysokie stopnie akademickie i odznaczał się wyjątkową inteligencją[12].

Problem rozgraniczenia wpływu cech fizycznych i czynników psychologicznych na osobowość sprowadza się więc w zasadzie do kwestii, jak dalece można mówić o roli czynników psychologicznych w powstawaniu defektów osobowości w wypadku strukturalnych defektów mózgu lub zaburzeń jego czynności pod wpływem patofizjologicznych wpływów ze strony układów somatycznych. Jest to znane z patopsychologii zagadnienie roli "organiki" w uwarunkowaniu predyspozycji do zaburzeń zachowania. Tu właśnie rozgrywają się spory między zwolennikami mniej lub bardziej jednoznacznej determinacji patologicznych predyspozycji przez cechy organiczne i tymi, którzy podkreślają również znaczenie wpływu, jaki wywierają na osobowość szkodliwe oddziaływania psychologiczne. Przypomnimy tylko znane spory o psychopatię i genezę skłonności przestępczych, zagadnienia, o ile obniżenie ilorazu inteligencji jest uwarunkowane defektem mózgu, o ile zaś niedostatecznym nauczaniem i wychowaniem, czy też zawiłą sprawę zależności asocjalnych tendencji u tzw. charakteropatów od stwierdzonego u nich defektu organicznego (Bilikiewicz, 1957, s.619).

Wydaje się, że tutaj problem nie jest jeszcze postawiony zupełnie jasno. Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na to, że w szeregu wypadków uwarunkowanie predy-

spozycji osobniczej przez cechy fizyczne nie daje się wykazać ani klinicznie ani laboratoryjnie i stanowi tylko czysto teoretyczną próbę wyjaśniania stwierdzanych w obrazie klinicznym zaburzeń zachowania. Tak jest np. w wielu przypadkach oligofrenii (por. Spionek, 1965, s.23) oraz w psychopatii. Przy diagnozie oligofrenii opieramy się przede wszystkim na znacznie obniżonym ilorazie inteligencji, sądząc, że wskazuje on na organiczne uwarunkowanie defektu w przewodzeniu i magazynowaniu informacji. Ale Clarkowie, którzy zajmują się rehabilitacją osób umysłowo upośledzonych, stwierdzili, że u debilów o przeciętnym I.I=59-75 w skali Wechslera, poprawna rehabilitacja może podnieść iloraz inteligencji w granicach nawet do 22 punktów (Clarke, Clarke i Reiman, 1958). Ponieważ równocześnie jest rzeczą klinicznie stwierdzoną, że przy bardzo znacznym obniżeniu poziomu umysłowego u imbecylów, a tym bardziej idiotów, oddziaływania psychologiczne dają znacznie mniejsze efekty, trzeba przyjąć, że defekt intelektualny jest wypadkową wychowania oraz określonych (choć często nieznanych jeszcze) cech organicznych, które mogą w różnym stopniu ograniczać oddziaływanie ze strony czynników psychologicznych, w poszczególnych przypadkach klinicznych jednak, szczególnie gdy obniżenie poziomu intelektualnego nie jest zbyt znaczne i mieści się jeszcze w granicach tzw. debilizmu, niepodobna orzec jak dalece jest on zdeterminowany przez ograniczenie organiczne, o ile zaś stanowi rezultat wadliwych układów czynników

psychologicznych. Przy diagnozie hipoteza zależności od czynników psychologicznych będzie tym prawdopodobniejsza, im gorsze wystąpią warunki społeczne w obrazie klinicznym przypadku.

Jeszcze bardziej skomplikowana jest sprawa z psychopatią. Psychopatia objawowo przedstawia się jako - "anomalia temperamentu i charakteru" (Chalecki i Słuczewski, por. Koroszowski, 1965, s.237) a nie intelektu, tzn. - inaczej mówiąc - anomalia kierunku i dynamiki działania. Koncepcje dotyczące uwarunkowania psychopatii są ogromnie różnorodne. Na jednym krańcu stoją teorie "psychopatii konstytucjonalnej", przyjmujące jednoznaczne uwarunkowanie objawów psychopatycznych przez cechy organiczne, na drugim - koncepcje, że cechy organiczne nie wyznaczają wcale defektu osobowości, co więcej, że psychopatia może być często pochodzenia środowiskowego. Jako przykład krańcowo konstytucjonalnej koncepcji można przytoczyć stanowisko Streckera i Ebaugha, którzy tak formułują tę teorię:

"Ogólnie mówiąc, terminem: konstytucjonalna małowartościowość psychopatyczna, określamy osobnika, którego wrodzone wyposażenie nie pozwala mu przystosować się do wymagań otoczenia. Sądzimy, że w prawdziwej niższości psychopatycznej czynnikiem istotnym jest stan defektu. Defekt ten jest innego rodzaju niż przy umysłowym upośledzeniu, które wiąże się przede wszystkim z intelektualnym wyposażeniem pacjenta, polega zaś na wyraźnej, konstytucjonalnie uwarunkowanej niewrażliwości na społeczne wymagania uczci-

wości, prawdomówności, przyzwoitości i liczenia się z dobrem innych, a być może głównie na niezdolności do korzystania z doświadczenia" (Preu P.W., w: Hunt McV, 1944, II s.922-3).

Na przeciwnym krańcu stoi B.Zawadzki (1959, s.73). Zamiast terminu "psychopatia" używa on za współczesną literaturą amerykańską - nazwy "socjopatia" (l.c., 72) i wyróżnia dwie zasadnicze grupy socjopatów - dyssocjalnych i antysocjalnych. Dysocjalni posiadają określony kodeks moralny, ale wypaczony, np. zacieśniony do własnej grupy przestępczej, a nie obejmujący innych ludzi, antysocjalni natomiast nie mają żadnego kodeksu moralnego, ponieważ brak im sumienia i zdolności kochania innych - są to więc ludzie amoralni, odpowiadający typowi, o którym mówią w cytowanym tekście Strecker i Ebaugh. Jednakże Zawadzki nie zgadza się ani z tezą, że socjopaci nie mają zdolności do korzystania z doświadczeń, bo znaczyłoby to, że mają obniżoną inteligencję, co nie jest prawdą, ani też że socjopatia jest dziedziczna, uwarunkowana konstytucjonalnie. "Dzisiaj już nie wierzymy, że sumienie jest wrodzone, a socjopatia dziedziczna" - powiada autor i przedstawia zarys koncepcji środowiskowej genezy sumienia, w której istotną rolę grają defekty wychowania rodzinnego wywołujące u dziecka brak miłości i szacunku dla rodziców (l.c., s.76-7).

Pomiędzy tymi dwoma stanowiskami krańcowymi, z których jedno akcentuje wyłącznie znaczenie czynników organicz-

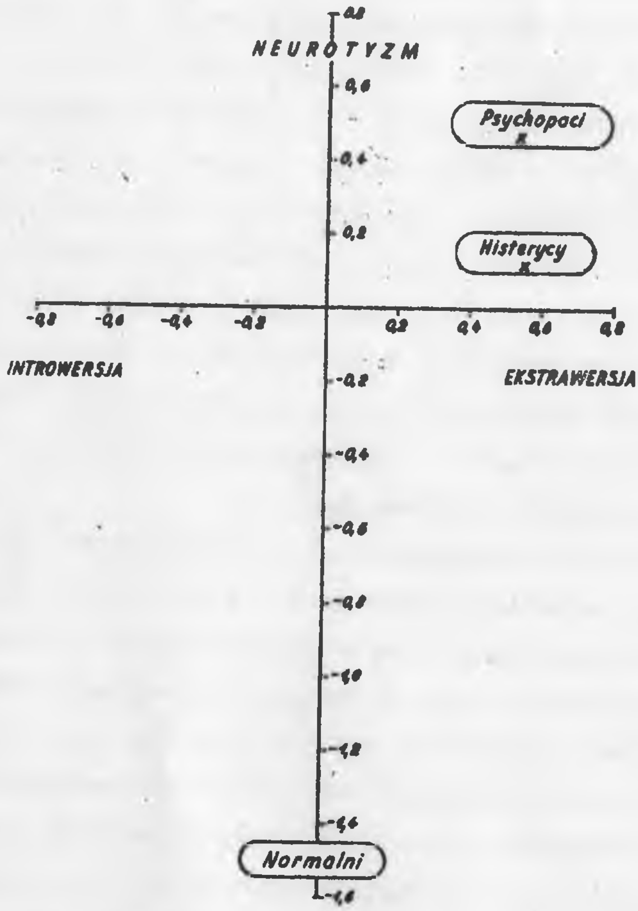
nych, konstytucyjnych, a drugie - rolę czynników psychologicznych, leży cały szereg koncepcji pośrednich, przyjmujących takie lub inne współdziałanie obu tych czynników. Tak np. Bilikiewicz twierdzi, że psychopatia jest wynikiem zarówno czynników organicznych jak i środowiskowych, ale w niektórych wypadkach, przy bardzo złych warunkach środowiskowych "normalny w zarodku osobnik" może ... "dojść do takiego stopnia zepsucia charakterologicznego, że przejawiać będzie objawy psychopatii". Z drugiej strony ktoś, kto "urodził się psychopatą", "w pomyślnych warunkach środowiskowych może doznać takich przeistoczeń wewnętrznych, że zatraci swoje cechy psychopatyczne i osiągnie=optimum normy=" (1957, s.598). Wspomnieć też należy o stanowisku Hendersona i Gillespie (por. Horoszowski, 1965, s.237), według których organiczne cechy leżące u podłoża psychopatii wcale nie przesądzają społecznej małowartościowości człowieka, ponieważ "nieraz osoby psychopatyczne nałożą do wybitnie nawet wyróżniających się pod względem dodatnim w społeczeństwie i przynoszą mu dużo korzyści". Jak widać, w tym ujęciu samo pojęcie psychopatii zmieniło swoje znaczenie: oznacza ono nie jak w poprzednich definicjach, osobowość społecznie małowartościową, lecz pewne biologiczne "zadatki", które - zależnie od wychowania - mogą dać społecznie nawet bardzo dodatnie cechy osobowości. -

Cała ta dyskusja na temat roli czynników organicznych i psychologicznych w uwarunkowaniu psychopatycznych predyspozycji osobniczych jest możliwa dzięki temu, że wady i defekty organiczne, które mają grać rolę w genezie psychopatycznej osobowości, są czynnikami czysto teoretycznymi i nie dają się stwierdzić empirycznie. Sytuacja jest tu więc podobna jak przy oligofrenii o nieznanym uwarunkowaniu organicznym: w poszczególnym przypadku nie potrafimy powiedzieć, jak dalece mamy do czynienia z defektem osobowości pochodzenia środowiskowego, a jak dalece z ograniczeniem przez cechy organiczne możliwości psychologicznego oddziaływania na osobnika.

Być może rozwiązanie tego trudnego problemu diagnostycznego, a zarazem i prognostycznego, leży na drodze wskazanej przez Eysencka. Autor ten dokonał analizy czynnikowej różnego rodzaju zachowań patologicznych, a także zachowań ludzi normalnych w sytuacjach życia codziennego i w sytuacjach eksperymentalnych i wydzielił na tej podstawie trzy kwantyfikowane czynniki, czyli "wymiary" osobowości, określając je jako "introwersja"(I), "neurotyzm" (N) i "psychotyzm"[13]. Wymiary te utożsamił on z pewnymi wrodzonymi cechami organizmu, które decydują o predyspozycji do zaburzeń nerwicowych względnie psychotycznych. Pomijając w tym miejscu wymiar P jako nie związany z zagadnieniem psychopatii, zajmiemy się tylko czynnikami I oraz N. Otóż wymiar I (introwersji) identyfikuje Eysenck z łatwością bądź trudnością warunkowania od-

ruchów ze strony układu autonomicznego, które wiąże z emocjonalnością. Im większa łatwość ich warunkowania, tym większa podatność na socjalizację, im warunkowanie trudniejsze - tym większa trudność socjalizowania. W podobny sposób wymiar neurotyzmu został powiązany z pobudliwością układu autonomicznego, czyli z pobudliwością emocjonalną (Eysenck, 1965, s.315; 1960, s.28). Oba te wymiary tworzą continua, które można przedstawić graficznie jako dwie przecinające się osie współrzędnych, lokując w powstałej w ten sposób dwuwymiarowej przestrzeni każdego osobnika z punktu widzenia stopnia N oraz stopnia I (por. ryc.6). Psychopatów i histeryków umieszcza Eysenck na wykresie w górnej prawej ćwiartce, tzn. uważa ich za ekstrawertów (niskie I), którzy trudno poddają się socjalizacji, a równocześnie wykazują ponadprzeciętną pobudliwość emocjonalną.

Równocześnie jednak Eysenck podkreśla dwa dalsze momenty: po pierwsze - wysokie N i niskie I jeszcze nie decydują w sposób absolutny o predyspozycji do zachowań psychopatycznych, taka predyspozycja zależy również od warunków środowiskowych. Osobnik całkowicie pozbawiony zdolności do warunkowania odruchów emocjonalnych będzie asocjalny nawet w najlepszym społecznym środowisku, ale w złym środowisku asocjalnym stanie się też ten, kto posiada wysoką zdolność autonomicznego warunkowania. Ponieważ jednak nawet przy niskich stopniach I zdolność warunkowania nie jest całkowicie zniesiona, a tylko w róż-


NEUROTYZM
Psychopaci
Histerycy
INTROWERSJA
EKSTRAWERSJA
Normalni

Ryc. 6

nym stopniu ograniczona, można mieć nadzieję, że i psychopatę uda się socjalizować, choć to będzie wymagało dłuższego czasu niż u kogoś z wysokim I. Można też przypuszczać, że zaburzenia psychopatyczne będą częściej występowały u osób młodych, ponieważ gromadząca się z wiekiem ilość doświadczeń socjalnych powinna wystarczyć do socjalizacji nawet u tego, kto ma obniżoną zdolność do autonomicznego warunkowania. Według autora, kliniczne doświadczenia psychiatrów potwierdzają to przewidywanie(Eysenck, 1960 b, s.8).

Po drugie - predyspozycja psychopatyczna nie oznacza jeszcze psychopatycznego zachowania. Reakcja psychopatyczna jest zawsze rezultatem oddziaływania jakiegoś czynnika stressowego, według formuły:

reakcja psychopatyczna = f (predyspozycja x stress), (por. Eysenck 1960, s.28).

Im wyższa predyspozycja, tym słabszy stress potrafi wywołać psychopatyczne zachowanie, im niższa - tym silniejszy musi być wstrząs emocjonalny, aby zachowanie osobnika uległo dezorganizacji i wykazało cechy psychopatyczne.

Koncepcja Eysencka tym się odznacza, że daje przynajmniej pewną możność empirycznego stwierdzenia fizycznych wyznaczników reakcji psychopatycznej, sprowadzając je do trudności emocjonalnego warunkowania i do wzmożonej pobudliwości emocjonalnej. Tłumaczy ona też, dlaczego u psychopatów inteligencja może być normalna, mimo wzmożo-

nej trudności warunkowania. Mówiąc o warunkowaniu emocjonalnym, Eysenck opiera się na teorii Mowrera, który uważa warunkowanie autonomiczne za mechanizm odrębny i niezależny od warunkowania odruchów ze strony ośrodkowego układu nerwowego (odruchy mięśni szkieletowych). Jeśli inteligencję powiązać z warunkowaniem działań, można zrozumieć, że istnieją osoby o dobrym warunkowaniu ośrodkowym, tj. o dobrej inteligencji, a złym warunkowaniu autonomicznym, czyli mało podatne na socjalizację.

Niewątpliwie koncepcja Eysencka przyjmuje szereg założeń teoretycznych, które wymagają jeszcze starannego sprawdzenia, pokazuje jednak pewną drogę, na której można szukać rozwiązania dla skomplikowanych zagadnień etiologicznych, związanych z psychopatią i nasuwa szereg konkretnych hipotez badawczych, nadających się do sprawdzenia empirycznego.

Dyskusja nad oligofrenią i psychopatią pokazuje trudności wskazania roli, jaką w uwarunkowaniu zaburzeń zachowania grają wady i defekty organiczne nie dające się stwierdzić klinicznie, a tylko hipotetycznie. Ale nawet tam, gdzie mamy do czynienia z klinicznie wykrywalnym uszkodzeniem mózgu, z reguły wątpliwa jest sprawa określenia, jak dalece zaburzenia zachowania u badanego są warunkowane przez te właśnie czynniki, a jak dalece przez wadliwe wpływy środowiskowe zanotowane w historii przypadku. Z tą sytuacją mamy do czynienia przy tzw. charakteropatii, tj. zaburzeniach objawowo podobnych do psycho-

patii, ale różniących się tym, że u badanego można stwierdzić przez badanie neurologiczne lub laboratoryjne faktyczne uszkodzenie mózgu (Bilikiewicz, 1957, s.618).

Tutaj problem polega na tym, że do dziś jeszcze dokładnie nie wiadomo, jak dalece określone uszkodzenia tkanki mózgowej uszkadzają motywację i w rezultacie ograniczają podatność na wpływy wychowawcze. Bilikiewicz, omawiając kwstię organicznego uwarunkowania zaburzeń u psychopatów, skarży się, że "wciąż jeszcze górują tu i ówdzie metody psychologiczno-pedologiczne[14], które usiłują wyjaśnić nieprawidłowości charakterologiczne u dzieci wyłącznie szkodliwymi wpływami wychowawczo-środowiskowymi, podczas gdy u ich podłoża mogą leżeć organiczne zmiany mózgu" (1957, s.619). Wydaje się jednak, że równie groźny jest błąd przeciwny, przyjmowanie bez dostatecznych empirycznych dowodów, że takie czy inne uszkodzenie organiczne mózgu jest wyłącznym czynnikiem w uwarunkowaniu zaburzeń motywacji, a pomijanie stwierdzonych w historii wypadku błędów wychowawczych, popełnianych w stosunku do dziecka czy trudnych sytuacji środowiskowych u ludzi dorosłych. "Biologizacja etyki", o której mówi z uznaniem Bilikiewicz, przyjmowanie, że "brak poczucia etycznego jest zawsze patologicznym stanem ubytkowym" (1957, s.631) w obecnym stanie wiedzy neuropsychologicznej jest co najmniej równie pochopne, jak przecenianie u charakteropatów wpływów środowiskowych. Wydaje się, że i tutaj sprawy prognozy i możliwości korygowania zaburzeń za pomocą oddzia-

ływań psychologicznych nigdy nie daje się z góry wykluczyć, przynajmniej tak długo, jak długo nie stwierdzimy, na podstawie dobrze udokumentowanych faktów, że wpływ pewnych określonych uszkodzeń mózgu na przebieg motywacji całkowicie znosi podatność osobnika na wpływy socjalizacyjne.

IV. PODSTAWY DIAGNOSTYKI PSYCHOLOGICZNEJ

1. Charakterystyka diagnozy psychologicznej

W języku codziennym mówiąc o diagnozie, mamy na myśli zwykle diagnozę lekarską, polegającą na klasyfikowaniu zaburzeń występujących u pacjenta do takiej lub innej kategorii chorobowej. Ponieważ kategorie chorób wyróżnia się w medycynie na podstawie zarówno ich objawów, jak też i patofizjologicznego mechanizmu, przejawiającego się w takich właśnie a nie innych objawach, diagnoza lekarska jest równocześnie ustaleniem genezy zaburzeń występujących u pacjenta, a tym samym wskazuje drogę, na której można zastosować określoną formę terapii, dostosowaną do natury czynnika patogenicznego.

Diagnoza psychologiczna częściowo przypomina diagnozę lekarską, ale różni się też od niej w pewnych zasadniczych cechach. Zadanie jej jest trojakie, mianowicie polega na 1) opisie zaburzeń zachowania występujących u badanego w pracy zawodowej, życiu rodzinnym, towarzyskim itd., a także w gabinecie psychologa, w toku badania, 2) wykryciu leżących u ich podstaw dysfunkcji psychicznych w

zakresie motywacji i procesów orientacyjnych, które nie pozwalają badanemu rozwiązywać w sposób prawidłowy problemów życiowych, 3) określeniu, jaki udział w genezie zaburzeń miały mechanizmy psychologiczne, tzn. a) jak daleko zaburzenia są uwarunkowane czynnikami sytuacyjnymi, o ile zaś płyną z zaburzeń osobowości, b) w jakim stopniu defekty osobowości zostały zdeterminowane organicznie, a w jakim psychologicznie, przez czynniki środowiskowe lub czynniki somatyczne i konstytucyjne (choroby, defekty receptorów i narządów ruchu, budowa ciała), działające na drodze psychologicznej (por. Davis B.R., 1957, s.5 oraz częściowo Konopnicki J., 1964, s.28-29).

Pewnym spornym problemem w psychologii klinicznej jest kwestia, czy diagnoza psychologiczna ma tylko wyjaśnić zaburzenia zachowania, tzn. zajmować się tym fragmentem psychicznego mechanizmu, który z tych czy innych powodów uległ zakłóceniu, czy też ma dawać obraz całej osobowości badanego, uwypuklając, które jej elementy wykazują chwilowe czy trwałe dysfunkcje. Jones (por. Eysenck, 1960,s.766) omawiając ten problem, opowiada się za analitycznymi, wycinkowymi badaniami, a podobne stanowisko zajmuje Shapiro (1957, s.1504), podkreślając, że tendencja do badania całej osobowości zakłada wzajemny związek poszczególnych funkcji psychicznych, założenie to zaś nie jest wcale pewne i stanowi tylko hipotezę wymagającą weryfikacji.

Wydaje się jednak, że czysto analityczne podejście, reprezentowane przez wymienionych autorów, jest pewną skraj-

nością, którą rzadko spotyka się w praktyce klinicznej, a określenie twierdzenia o wzajemnym związku funkcji psychicznych jako niepewnej "hipotezy" należałoby chyba uważać za mocno przesadne. Wiemy przecież, jak ściśle wiążą się ze sobą choćby funkcje orientacyjne i motywacyjne: z badań nad stressem psychicznym wiadomo, że za małe albo za duże napięcie motywacji upośledza orientację i - na odwrót - wadliwa orientacja (np. przy trudnym zadaniu) zaburza motywację. Rzeczą ważną jest, aby psycholog, stwierdzając w badaniu zakłócenia określonych funkcji, np. obniżenie sprawności umysłowej w takim czy innym teście, umiał orientować się, czy to jest zaburzenie p i e r w o t n e, związane np. z oligofrenią, defektem organicznym czy choćby ze zwykłym niedokształceniem, czy też w t ó r n e, stanowiące rezultat zaburzonej, np. lękowej motywacji (por. Kocowski T., 1964). Rozróżnienie tych dwóch wypadków w diagnozie jest istotne dla wytyczenia dalszego postępowania z badanym. Ale aby rozwiązać, a nawet tylko dostrzec ten problem diagnostyczny, musimy uwzględnić i funkcje orientacyjne i motywacyjne - a to znaczy brać pod uwagę całokształt mechanizmu regulującego postępowanie. Z tego względu więc opowiemy się zasadniczo za diagnozą całościową, rozpatrującą występujące u badanego zaburzenia na tle całokształtu jego osobowości, co nie znaczy, że w niektórych wyraźnych wypadkach (np. wyraźny imbecylizm) nie można ograniczyć się do przeprowadzenia tylko określonych, wycinkowych badań analitycznych.

Tak rozumiana diagnoza psychologiczna w szeregu wypadków musi oprzeć się na diagnozie lekarskiej i dlatego współpraca z lekarzem jest dla psychologa rzeczą konieczną. 1) Lekarz określa, czy u badanego można stwierdzić organiczne zaburzenia w czynnościach mózgu - bądź to aktualny proces chorobowy, bądź też pewien trwały defekt organiczny. Wyniki tego badania musi psycholog brać pod uwagę, chcąc ocenić jaki udział w zaburzeniach zachowania mogły mieć czynniki psychologiczne. 2) Diagnoza lekarska podaje, jak dalece możemy u badanego mówić o zaburzeniach w zakresie układu endokrynologicznego, przemiany materii itd., tj. tych funkcji, które mogą mieć bezpośredni wpływ na fizjologiczne funkcje mózgu. Na przykład wykrycie zaburzeń w zakresie wydzielania dokrewnego może wyjaśnić nadmierną pobudliwość, czy przeciwnie - apatię badanego, która wtórnie może odbijać się również na niewłaściwym funkcjonowaniu procesów orientacyjnych. I wreszcie 3) w diagnozie lekarskiej znajduje psycholog dane co do zaburzeń somatycznych, które mogą stanowić czynnik zakłócający na drodze "psychologicznej" funkcjonowanie mechanizmu kierującego zachowaniem, jak też - w przypadku zaburzeń przewlekłych, a nawet chronicznych - ponosić odpowiedzialność za wypaczenia w zakresie osobowości.

Z drugiej strony lekarz w swoim postępowaniu diagnostycznym w szeregu wypadków korzysta z pomocy psychologa. Przede wszystkim człowiek z organicznym uszkodzeniem mózgu pozostaje również pod wpływem sytuacji środowiskowych,

tzn. ma swoje problemy psychologiczne i trudne sytuacje wywierają na niego wpływ równie silny, a nieraz silniejszy niż u człowieka normalnego. Na przykład chory na padaczkę ma bardzo utrudnioną sytuację społeczną, wstydzi się swoich dolegliwości, zetknięcie z innymi ludźmi bywa dla niego silnym stressorem i stąd stwierdza się u takich osób różnie silnie zaakcentowane zjawisko "izolacji społecznej"[15]. Ten czynnik psychologiczny niewątpliwie odgrywa rolę w uwarunkowaniu swoistych cech "osobowości padaczkowej", czego nieraz nie bierze się pod uwagę, przypisując wszelkie zaburzenia osobowości bezpośrednio organicznym defektem, np. ogniskowym sprawom skroniowym. Po drugie, choroba somatyczna nie jest tylko uszkodzeniem "żywej maszyny" organizmu ludzkiego, ale też stressorem wpływającym na zachowanie i na prace narządów wewnętrznych na drodze "psychologicznej" (por.s.126). Stąd u chorych występują zaburzenia zachowania i psychopochodne zaburzenia somatyczne, które nakładają się na właściwą chorobę, komplikując jej przebieg. I wreszcie, po trzecie - metody psychologiczne stosowane przez psychologa klinicznego są tak skonstruowane, że w szeregu wypadków pozwalają pomóc lekarzowi w postawieniu diagnozy różnicowej, np. rozróżnić pomiędzy oligofrenią a otępieniem, nerwicą a początkiem schizofrenii, wykryć organiczne uszkodzenia mózgu w stadium tak wczesnym, że jeszcze niemożna ich stwierdzić na podstawie badań neurologicznych itd. Jest to sprawa szczególnie ważna dla psychiatry, który

boryka się nieraz z trudnościami diagnozy różnicowej. Innymi słowy, choć diagnoza psychologiczna nie jest diagnozą choroby, badania psychologiczne mogą nieraz dopomóc lekarzowi w jego działalności diagnostycznej. Nie wynika stąd jednak, że psychologiczne metody powinny być przez psychiatrę stosowane - jak proponują niektórzy - jako dodatkowe źródło informacji potrzebnych dla diagnozy lekarskiej. Stosowanie metod psychologicznych wymaga i fachowej wiedzy psychologicznej i odpowiedniego doświadczenia, bez tego może prowadzić do poważnych błędów oraz pomyłek. Tak samo lekarze na pewno nie mogliby się zgodzić na to, aby psycholog bez fachowego wykształcenia medycznego stosował lekarskie metody auskultacji dlatego tylko, że wyniki ich są mu pomocne w stawianiu diagnozy psychologicznej.

Z metodologicznego punktu widzenia diagnostyczne postępowanie psychologa klinicznego należy określić jako formę badania naukowego, zastosowanego do rozwiązywania praktycznych problemów klinicznych. Istotą każdego badania naukowego jest a) postawienie problemu, b) wysunięcie hipotezy, tj. prawdopodobnego rozwiązania problemu, c) weryfikacja hipotezy przez zastosowanie odpowiednich metod badawczych. Kliniczne badanie spełnia te postulaty (por. Richards T.W., 1946, s.35). Punktem wyjścia jest tu stale p r o b l e m k l i n i c z n y dotyczący psychologicznych przyczyn zaburzeń zachowania występujących u badanego. Na podstawie skarg badanego oraz infor-

macji o jego zachowaniu w różnych sytuacjach stawiamy określoną h i p o t e z ę np. że mamy do czynienia z osobowością egocentryczną, tzn. z człowiekiem, który wszystkie trudności z otoczeniem uważa za zagrożenie dla własnej wartości osobistej i stąd reaguje w sposób nadmiernie silny, emocjonalny i zdezorganizowany. Tę hipotezę następnie usiłuje się w e r y f i k o w a ć za pomocą odpowiednich metod, np. testów projekcyjnych itp. Nieraz wstępne informacje o badanym pozwalają postawić kilka hipotez alternatywnych, a weryfikacja polega wtedy na eliminowaniu tych, które okazują się nieistotne. Czasami w toku badań weryfikacyjnych wyłaniają się nowe hipotezy, które znów domagają się weryfikacji. Dlatego badanie psychologiczne, szczególnie w wypadkach bardziej skomplikowanych, jest zasadniczo długotrwałe, a nieraz musi być rozłożone na kilka posiedzeń. Tym różni się ono od badania lekarskiego, które zwykle trwa znacznie krócej, chyba że w bardzo niejasnych wypadkach pacjent zostaje skierowany na obserwację do szpitala.

Wynik badania psychologicznego nie zawsze jest pewny, tzn. nie zawsze udaje się hipotezy diagnostyczne wystarczająco zweryfikować. Winę za to przypisują niektórzy niedokładności metod psychologicznych (np. Kreutz, 1962). Wydaje się jednak, że to źródło błędu nie gra tak dużej roli w diagnostyce psychologicznej, jak sądzą teoretycy, mianowicie z tego powodu, że żadnej z metod diagnostycznych nigdy nie stosuje się w izolacji. Jeśli na-

wst każda z nich ma pewien, większy lub mniejszy "margines błędu", wyniki jej stale weryfikuje się przy pomocy innych metod, wskutek czego margines ów można tak zacieśnić, iż uzyskany wynik staje się, praktycznie rzecz biorąc, pewny. Niepewność diagnozy jest zwykle rezultatem trzech innych czynników, a mianowicie: a) zbyt krótkiego czasu przeznaczonego na badanie, b) braku pewnych istotnych źródeł informacji o badanym, oraz c) niskiego stanu nauki o prawach rządzących zaburzeniami zachowania.

Psycholog bardzo często nie ma czasu na przeprowadzanie do końca całego postępowania diagnostycznego. Tak np. dzieje się nieraz w Przychodniach Zdrowia Psychicznego, gdzie trzeba przebadać w ciągu dnia szereg osób, a badania nie można rozłożyć na kilka posiedzeń, ponieważ pacjenci z różnych względów (np. osoby przyjezdne) nie mogą tak często zgłaszać się do badania. W tym wypadku psycholog musi zrezygnować z pełnej weryfikacji swych hipotez diagnostycznych i na podstawie swej wiedzy i doświadczenia klinicznego wybrać tę, która wydaje mu się najprawdopodobniejsza. Wynik takiego skróconego badania będzie oczywiście tym bardziej wątpliwy, im mniejsza jest fachowa wiedza i doświadczenie psychologa.

Nieraz źródłem niepewności jest niedostępność pewnych źródeł informacji. Tak bywa np. wtedy, gdy mamy do czynienia tylko z samym badanym, a nie ma osoby znającej go i mogącej udzielić o nim wywiadu środowiskowego, pozwalającego zweryfikować i uzupełnić dane uzyskane od niego

samego. Niekiedy jednak trudność ta jest pozorna i płynie z niedostatecznego przygotowania i małej pomysłowości psychologa. Nie można np. tłumaczyć braków diagnozy tym, że psycholog nie posiada dostatecznej liczby metod testowych. Standaryzowane testy, choć bardzo użyteczne, nie są jedyną metodą badania, a weryfikację hipotez uzyskanych z rozmowy i wywiadu można również przeprowadzić przy pomocy innych technik, np. indywidualnie programowanego eksperymentu klinicznego.

Szczególne trudności wiążą się z tym, że psychologia kliniczna posiada jeszcze zbyt szczupłą liczbę danych co do praw rządzących powstawaniem i ustępowaniem zaburzeń zachowania. Utrudnia to zarówno diagnozę jak też prognozę, tj. rokowanie o możliwości usunięcia lub przynajmniej osłabienia danych zaburzeń. Stąd szereg pytań, na które w tej chwili nie potrafimy dać zadowalającej odpowiedzi. Nie wiemy na przykład, w jakim stopniu trwałość zaburzenia osobowości zależy od długości wadliwego treningu społecznego czy też długości okresu deprywacji społecznej. Hebb twierdzi, że wczesna i długotrwała izolacja daje nieodwracalne wyniki w postaci defektu umysłowego, a Clarkowie (por. s. 18,13) dowodzą, że przy odpowiedniej rehabilitacji można zlikwidować rezultaty nawet bardzo złego i długotrwałego wpływu środowiskowego. Innym przykładem może być kwestia udziału, jaki w wypaczeniach motywacji społecznej odgrywa stwierdzony klinicznie defekt organiczny, a jaki - wadliwe wpływy spo-

łeczne, tj. problem, który był dyskutowany w rozdziale poprzednim (por. s.139). Zagadnień takich można cytować znacznie więcej. Podkreślają one konieczność rozległych badań podstawowych z dziedziny psychologii klinicznej, gromadzenia wiedzy teoretycznej, bez której praktyczna działalność psychologa będzie zawsze mniej lub więcej niepewna.

Trudności, z jakimi walczy psycholog kliniczny nie zmniejszają jednak użyteczności jego badań. Również i medycyna (a szczególnie psychiatria) nie zawsze może pochlubić się pewnością swych diagnoz, nieraz popełnia omyłki, wielu rzeczy jeszcze nie wie, a nikt nie wątpi jednak o jej użyteczności społecznej. Diagnoza psychologiczna postawiona przez fachowego i doświadczonego psychologa, w oparciu o staranne i ostrożnie stosowane metody badania jest o wiele wartościowsza od oceny intuicyjnej, lub - co gorsza - opartej o fałszywe przesłanki odnośnie do "natury" ludzkiej, co dziś jeszcze, przy małej znajomości psychologii, tak często zdarza się w społeczeństwie.

2. Metody kliniczne

W psychologii klinicznej stosuje się wszystkie kategorie metod badawczych, służące psychologicznemu poznaniu człowieka. Ogólnie można je podzielić na metody **kliniczne** oraz na metody **eksploracji eksperymentalnej**. Metody kliniczne (obserwacyjne, por. Kreutz, 1962, s.13) polegają na korzy-

staniu z danych, które występują bądź to niezależnie od badacza, bądź też przynajmniej w warunkach przez niego nie kontrolowanych. Wymienimy tu w y w i a d i o b s e r- w a c j ę ponadto zaś r o z m o w ę p s y c h o l o- g i c z n ą, która stanowi kombinację wywiadu z obserwacją.

Istotą wywiadu jest zdobywanie informacji o badanym od kogoś, kto go dobrze zna: ojca, matki, przełożonego itd. Informacje te staramy się zwykle weryfikować w oparciu o obiektywną dokumentację, np. świadectwa szkolne, zaświadczenia z pobytu w szpitalu, uzyskane ze szpitala wyciągi z historii choroby itd. Jeżeli wywiad dostarcza nam informacji o badanym "z drugiej ręki", to obserwacji dokonuje sam psycholog, uzyskując w ten sposób dane bezpośrednie "z pierwszej ręki". Zasadniczo obserwacji dokonuje się przez cały czas kontaktu z badanym, jako "obserwacja towarzysząca" wchodzi ona zarówno w skład rozmowy,jak i badań eksperymentalnych (np. obserwacja mimiki i pantomimiki przy rozwiązywaniu testów, spontanicznych wypowiedzi itd.). Często stosuje się również obserwację jako jednostkę samodzielną, np. w świetlicy dla dzieci, na oddziale szpitala lub w poradni przeciwalkoholowej, w klubach dla leczonych alkoholików.

Pewne problemy wiążą się z rejestracją obserwacji.Idealnej rejestracji można dokonać przez zastosowanie filmu z równoczesnym zapisem mowy na taśmie dźwiękowej,urządzenie takie na ogół jednak nie stoi do dyspozycji psycholo-

ga - praktyka. Dlatego też rejestracja bywa z reguły pisemna. Należy podkreślić, że rejestruje się nie "ruchy" badanego, lecz wykonywane przez niego całościowe czynności, nastawione na pewien określony cel, o określonej dynamice emocjonalnej i strukturze. Tym, co obserwuje psycholog w świetlicy, jest np. pełne złości odbieranie zabawki innemu dziecku, spokojne i cierpliwe ustawianie domku z klocków itp.

Diagnostyczna rozmowa przeprowadzana przez psychologa łączy w sobie elementy wywiadu i obserwacji. Nie będziemy tu wchodzić w szczegóły techniczne, które szczegółowo zostały omówione w innych pracach (por. np. Wallen R.W., 1964, Gerstmann S., 1957), ograniczając się tylko do spraw najważniejszych. Dla dobrze prowadzonej rozmowy ważną rzeczą jest, aby kierował nią nie badający, ale sam badany (Rogers). Można się wówczas dowiedzieć, na jakich problemach koncentrują się jego zainteresowania, uczucia, co jest dla niego ważne i co sprawia mu największe trudności. Rola badającego ogranicza się wówczas do okazywania zainteresowania i do pytań podtrzymujących rozmowę. Rozmowa kierowana pytaniami, bardziej zbliżona do wywiadu, często ogranicza swobodę wypowiadania się badanego. Taktyka prowadzenia rozmowy zależy jednak od wypadku: są osoby, które spontanicznie mówią niewiele i dopiero po dłuższym cyklu pytań i odpowiedzi nawiązują kontakt i zaczynają "mówić same". Rozmowa dostarcza również okazji do obserwacji zarówno postawy badanego wobec psychologa (łatwo nawiązu-

je kontakt lub trudno, nieśmiały, agresywny itp.), jak i do spraw i osób, o których on opowiada (np. niechętna postawa wobec przełożonego, tendencja do oskarżania innych za własne niepowodzenia itp.).

Zorientowawszy się ogólnie w rodzaju problemów, przed którymi w życiu stoi badany, można przystąpić do dokładniejszej analizy poszczególnych spraw. Na przykład dowiedziawszy się, że główne trudności polegają na konfliktach z żoną, można zająć się rozpatrzeniem tych konfliktów, poszczególnych sytuacji i źródeł konfliktu, szukać u badanego ewentualnych niekonsekwencji, stosowania racjonalizacji, projekcji i innych mechanizmów obronnych, starać się określić, jaką rolę w konfliktach odgrywa żona, a jaką mąż, kto jest stroną atakującą itd. Równocześnie dokonuje się obserwacji, np. czy mówiąc o żonie badany zajmuje wobec niej postawę agresywną, czy stara się ją tłumaczyć, może przesadnie obwiniając siebie itp.

Informacje, jakich dostarczają nam metody kliniczne, można podzielić na trzy grupy:

1) Dane o a k t u a l n ym "s t y l u ż y c i o w y m" u badanego, na który składają się informacje zarówno z wywiadu, jak z obserwacji i rozmowy. Dane te próbuje się niekiedy zobiektywizować za pomocą osobnych "skal szacunkowych" (rating scales). Skala szacunkowa to odcinek poziomy, podzielony na trzy lub pięć części, odpowiadających różnym stopniom obserwacji cechy, np. pozytywnego

lub negatywnego stosunku do autorytetu, śmiałości w sytuacjach społecznych itp. (por. ryc.7)

0	1	2	3	4	5
Bardzo nieśmiały	Lękliwy, często zakłopotany	Czasami nieśmiały	Pewny siebie	Zuchwały, społecznie niewrażliwy	

ryc.7
(według Shaffera i Lazarusa, 1952, s.218).

Wśród danych uzyskanych metodami klinicznymi znajdują się również pewne próby autocharakterystyki badanego oraz jego charakterystyki dokonanej przez otoczenie (wywiad). Nie można ich uważać, rzecz jasna, za obiektywny opis psychologiczny, stworzenie takiego opisu jest dopiero zadaniem psychologa, pokazują one jednak, jak przedstawia się samowiedza badanego i jakim widzi go jego otoczenie.

2) Druga grupa danych dotyczy **ś r o d o w i s k a**, w którym aktualnie żyje badany, jego poziomu kulturowego, materialnego, stosunków wewnętrznych, cech poszczególnych osób i ich postawy względem badanego. W niektórych krajach zebranie danych o środowisku jest zadaniem osobnego "asystenta społecznego", zwykle osoby o wykształceniu socjologicznym ze specjalnym przeszkoleniem klinicznym, u nas jednak dane te zbiera sam psycholog.

3) Trzecia wreszcie grupa danych dotyczy przeszłości badanego i pozwala odtworzyć jego p s y c h o l o g i c z n y ż y c i o r y s, tj. historię rozwoju, poczynając od chwili poczęcia (historia ciąży matki), poprzez urodzenie, dzieciństwo itd. aż do chwili obecnej. Czasami zaleca się, aby punktem wyjścia dla odtworzenia historii badanego uczynić życiorys napisany przez niego własnoręcznie według punktów wymienionych przez psychologa. Namowicz (1965, s.34) stwierdza dużą użyteczność takich autobiografii w badaniach nad przestępcami. Autobiografia dostarcza jednak tylko częściowo obiektywnych informacji, jej główna wartość polega na tym, że przedstawia ona osobisty stosunek badanego do różnych zdarzeń jego życia, co stanowi materiał do analizy jego osobowości. Życiorys jednak musi być oparty na materiale możliwie obiektywnym i zweryfikowanym, tzn. nie możemy polegać tu tylko na danych otrzymanych od badanego, które bywają nieraz subiektywnie wypaczone i zawierają luki, a nawet umyślne kłamstwa.

Przy wykorzystaniu danych uzyskanych za pomocą metod klinicznych pierwszą sprawą jest ustalenie aktualnego "klinicznego obrazu wypadku". Porównując z sobą różne formy zachowania badanego w rozmaitych sytuacjach, możemy określić kierunek jego zainteresowań, hierarchię wartości (na czym mu przede wszystkim zależy), lęki i obawy, typowe dla niego sposoby zachowania się w trudnych sytuacjach (łatwa dezorganizacja, mechanizmy obronne, nawykowe

reakcje nerwicowe itp.), siłę napędu emocjonalnego, a nawet wysunąć hipotezy co do sprawności orientacji w otoczeniu i samoorientacji.

Zestawiając te typowe dla niego cechy z aktualnymi właściwościami środowiska, możemy ocenić, jak dalece zaburzenia są warunkowane trudnymi sytuacjami, o ile zaś płyną z wad i defektów osobowości. Na przykład inaczej trzeba traktować ucieczkę z domu u chłopca, który boi się brutalnego ojca-pijaka, a inaczej u takiego, który mimo dobrych warunków środowiskowych ucieka, bo nie chce chodzić do szkoły albo woli szukać przygód na szerokim świecie. Należy jednak pamiętać o tym, że nieraz trudne sytuacje, w których znajduje się badany, zostały spowodowane przez niego samego, tzn. mogą wiązać się z zaburzeniami osobowości. Pomiędzy jednostką a jej otoczeniem istnieje sprzężenie zwrotne: wadliwe zachowanie osobnika wywołuje negatywną reakcję ze strony otoczenia, tzn. trudną sytuację, która znów z kolei może pogłębiać zaburzenia zachowania u badanego. Tak powstają nieraz konflikty dzieci z rodzicami, konflikty małżeńskie, tak usztywnia się i pogłębia negatywna postawa więźnia względem funkcjonariusza itd.

Wszystkie te wnioski są oparte na analizie danych dotyczących samego badanego w jego środowisku, na porównywaniu różnych form jego zachowania w różnych sytuacjach, tzn. na porównaniach i n t r a i n d y w i d u a l n y c h (wewnątrzosobniczych, por. Shaffer i Lazarus,

1952, s.66; Lewicki A., 1963, s.78). Tym też zasadniczo różnią się metody kliniczne od metod testowych, w których ocenę opieramy również na porównaniu wyniku uzyskanego przez badanego ze skalą porównawczą reprezentującą wyniki uzyskiwane przez dużą liczbę innych ludzi, tzn. na porównaniach i n t e r i n d y w i d u a l n y c h (międzyosobniczych). Zapewne psycholog analizujący różne typowe dla badanego formy zachowania w określonych sytuacjach, mimo woli dokonuje również porównań interindywidualnych, mianowicie ze znanymi mu z życia i z doświadczenia klinicznego formami zachowania innych ludzi w analogicznych sytuacjach. Na tej podstawie pewne formy reagowania mogą mu się wydawać dziwaczne, przypominać typowe reakcje schizofreniczne czy nerwicowe itp. Takie przypuszczenia mogą odegrać nawet pewną rolę w dalszym badaniu, nasuwając określone hipotezy, jednakże sam materiał kliniczny nie zawiera żadnych danych umożliwiających dokonywanie porównań interindywidualnych.

"Obraz kliniczny" wypadku pokazuje nam, jaki jest badany i jakie ma problemy życiowe, których z tych czy innych powodów nie umie (czy nie chce) poprawnie rozwiązać. Drugie zagadnienie, na jakie dają odpowiedź metody kliniczne, dotyczy genezy takiego stanu rzeczy, jak doszło do tego, że przed badanym stanęły takie właśnie problemy i jakie czynniki uwarunkowały takie a nie inne trudności w ich rozwiązywaniu. Opieramy się tu na danych życiorysu

psychologicznego. Znając ogólne prawa, według których kształtuje się i deformuje osobowość, szukamy w historii osobnika czynników wyjaśniających stwierdzony "obraz kliniczny". Zwraca się tu uwagę zarówno na dane, które mogą stanowić poszlaki w kierunku pewnych wrodzonych wad organicznych czy nabytych organicznych defektów (znacznie opóźniony rozwój fizyczny, późna mowa, wypadki i choroby itp.), przede wszystkim jednak na szczególnie ważne dla diagnozy psychologicznej społeczne interakcje badanego w rodzinie, a potem w szkole, z rówieśnikami, osobnikami płci przeciwnej itd. Psycholog musi ocenić, jak wpłynęły na badanego błędy wychowawcze, stosunki szkolne i jak dalece obecne zaburzenia mogą znaleźć wyjaśnienie w płynących z tamtych źródeł deformacjach osobowości.

Wyjaśnienie genezy obserwowanych zaburzeń przy pomocy takich czy innych czynników z przeszłości badanego nieraz budzi u psychologów wątpliwości. Szereg badań np. wskazuje, że osoby wykazujące skłonności przestępcze pochodzą w znacznej liczbie wypadków z rodzin pijackich, mało kulturalnych, brutalnych itp.

Ale jest pewna liczba osób, które pochodzą z takich samych rodzin, a jednak nie weszły na drogę przestępstwa. Czy więc rzeczywiście mamy prawo przypisywać skłonności przestępcze temu czynnikowi (por. Shaffer i Lazarus, 1952, s. 77)? Tak samo - jak wynika z wielu badań - więcej zaburzeń zachowania występuje u osób pochodzących z rodzin rozbitych niż z rodzin żyjących harmonijnie. A jednak są

też ludzie, którzy pochodzą z rodzin rozbitych i nie wykazują żadnych zaburzeń. Wydaje się, że zaburzenia zachowania są uwarunkowane zawsze wieloczynnikowo, z tym że czynniki szkodliwe mogą się sumować, a czasem ulec kompensacji przez inne pozytywne, przeciwdziałające ich wpływowi. Dokładniejsze poznanie tych spraw zależy - jak już była mowa - od badań naukowych, do których odpowiednio zebrane życiorysy mogą dostarczyć niezwykle cennego materiału (por. Zubin, Shaffer i Lazarus, 1952, s.78).

3. Testy psychometryczne

Metody eksperymentalne, do których z kolei przejdziemy, służą zwykle do weryfikacji hipotez, jakie wyłoniły się z badania metodami klinicznymi. Eksperymenty, o których będzie tu mowa, określimy jako diagnostyczne albo eksploracyjne, w przeciwieństwie do eksperymentów mających na celu ustalanie praw ogólnych, np. zależności zachowania ludzi od określonych czynników sytuacyjnych. Eksperyment diagnostyczny polega na tym, że badanemu daje się do rozwiązania pewne zadanie czy szereg zadań, a wynik uzyskany przez niego, rozpatrywany pod pewnym określonym aspektem, pozwala określić, czy - a niekiedy też, w jakim stopniu - badany posiada pewną cechę psychiczną, np. inteligencję, negatywną postawę wobec autorytetu, wytrwałość itd.

Eksperymenty takie można podzielić na metody s t a n d a r y z o w a n e i n i e s t a n d a r y z o w a n e. Standaryzowane - to grupy zadań, uprzednio odpowiednio dobranych i uporządkowanych, które podajemy w jednakowej postaci poszczególnym badanym, uzyskując w ten sposób możliwość porównań interindywidualnych między sposobem i poziomem ich wykonania przez badanego a wynikami innych osób. Metody standaryzowane można też określić jako szeroko rozumiane testy, zaliczając do nich obok testów zdolności również metody projekcyjne i inwentarze osobowości. Eksperymenty niestandaryzowane, przeciwnie - programujemy indywidualnie dla poszczególnych badanych, celem sprawdzenia pewnej określonej hipotezy diagnostycznej. Nazywa się je też e k s p e r y m e n t a m i k l i n i c z n y m i.

Nie rozdrabniając już dalej wymienionych grup, zajmiemy się w tym paragrafie testami do badania zdolności, które ze względu na to, że umożliwiają pomiar stopnia zdolności, zalicza się do metod psychometrycznych. Sama idea testu pochodzi od angielskiego uczonego Galtona, który w pracy pt. "Badania nad zdolnościami człowieka" (1883) pokazał możliwości eksperymentalnego pomiaru różnic indywidualnych w zakresie takich właściwości, jak szybkość reakcji, sprawności motoryczne, pewne cechy umysłowe itp. Początek szybkiego rozwoju metod psychometrycznych datuje się jednak właściwie dopiero od pierwszej skali inteligencji, skonstruowanej przez Bineta i Simona (1905).

Psychometryczne testy uzdolnień opierają się na założeniu, że jeśli różnym osobom postawi się takie same zadania eksperymentalne, to różnice w wykonaniu zadania będą zależeć od ich stopnia zdolności do rozwiązywania takich właśnie zadań. Jest to więc rozumowanie według formuły

$$R = f (Z, O),$$

tzn. rezultat (reakcja) jest funkcją zadania (Z) i cech osobowości (O). Ponieważ zadanie jest dla wszystkich osób takie samo, różnice indywidualne $R_1, R_2, \ldots R_n$ muszą zależeć od O. Łatwo zauważyć, że badając osobowość, postępujemy w sposób odwrotny niż wtedy, gdy chcemy ustalić jakieś prawo ogólne, np. zbadać, jak wpływają silne hałasy w otoczeniu (dystraktory) na pracę umysłową. Badania takie przeprowadza się zwykle na dwóch grupach osób, możliwie wyrównanych pod względem inteligencji. Obie grupy rozwiązują jednakowy szereg zadań, ale jedną poddajemy silnym hałasom odwracającym uwagę, a drugiej nie (por. np. eksperyment Hoveya, cyt. Woodworth - Schosberg, 1963, I, s. 134).

Dla stwierdzenia wpływu dystraktorów należy porównać przeciętne wyniki obu grup i stwierdzić, czy różnią się one w sposób statystycznie istotny, tzn. czy różnice nie są kwestią przypadku. Jeżeli różnica okaże się dostatecznie duża, można stwierdzić, że dystraktor słuchowy pogarsza pracę umysłową, i myśleć o dalszych badaniach, mających na celu ustalenie wielkości pogorszenia w zależ-

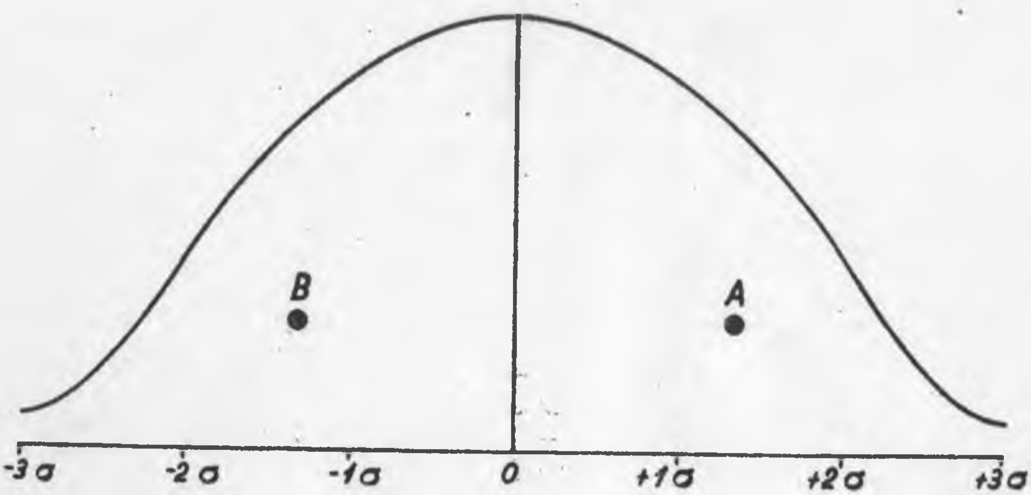
ności od różnej siły słuchowych dystraktorów, ich jakości (np. hałasy niezróżnicowane, muzyka itp.), trudności zadania itd. Badanie takie może jednak wykazać tylko, że w grupie poddanej działaniu dystraktora działa pewna tendencja centralna w kierunku pogorszenia wyników pracy umysłowej, jednakże konkretne rezultaty poszczególnych osób stale będą, jedne mniej a inne więcej, odchylać się od przeciętnej, wykazując indywidualne różnice w zakresie tej tendencji. W badaniach mających wykryć prawo ogólne abstrahujemy od nich traktując wszystkie osoby grupy eksperymentalnej tak, jakby miały wynik taki sam, mianowicie równy przeciętnej, natomiast w badaniach nad osobowością właśnie różnice indywidualne stają się podstawą naszych wniosków. Na przykład przedstawione badania można wyzyskać jako test, służący do badania indywidualnej odporności na dystraktory słuchowe.

Poza standaryzacją samych zadań psychometrycznych test uzdolnień musi posiadać trzy właściwości: 1) musi być znormalizowany, tj. posiadać skalę ocen (norm) przygotowaną na podstawie badań wstępnych, 2) mieć obliczony stopień stałości wyników (rzetelności) oraz 3) być diagnostyczny dla określonych sprawności życiowych, tzn. mieć określony współczynnik trafności. Skala ocen jest konieczna dla stwierdzenia, czy stopień zdolności, jaki wykazał badany w teście jest wysoki czy niski. Uzyskany rezultat jeszcze nic na ten temat nie mówi. Jeśli nawet badany rozwiąże bezbłędnie wszystkie zadania zawarte w

teście jest możliwe, że są to zadania tak łatwe, iż rozwiązałby je każdy normalny człowiek, a jeżeli rozwiąże tylko dwa czy trzy - to może dlatego, ponieważ są one zbyt trudne i nikt też więcej by ich nie rozwiązał. Dla oceny stopnia zdolności musimy mieć skalę odniesienia, wskazującą, jak w ogóle ludzie czy przynajmniej jednostki z danej populacji (powiedzmy studenci szkół wyższych czy też robotnicy z ukończonymi siedmioma klasami szkoły podstawowej) rozwiązują dane zadania. Normalizacja testu polega na przygotowaniu takiej skali.

W tym celu bada się testem dużą grupę osób stanowiących reprezentacyjną próbkę danej populacji, oblicza się, jaki wynik odpowiada przeciętnej, oblicza się odchylenie standardowe od przeciętnej, a poszczególne rezultaty wyraża się w jednostkach tego odchylenia, tzn. wylicza się, ile sigm powyżej względnie poniżej przeciętnej leży dany rezultat. Na przykład ryc.8 rezultat A leżący w granicach między +1 sigma i +2 sigma jest znacznie lepszy od rezultatu B, który mieści się w granicach -1 sigma i -2 sigma. Mając skalę, która pokazuje, ilu sigmom powyżej lub poniżej przeciętnej odpowiadają poszczególne rezultaty, można później, badając tym testem nowe osoby, porównywać uzyskane przez nich wyniki ze skalą i stwierdzić, do którego miejsca skali należy je zaliczyć.

Równie ważne jak normalizacja jest stwierdzenie,czy wyniki uzyskiwane przy pomocy testu są stałe, tj. czy przy powtórnym badaniu te same osoby wykażą taki sam poziom u-



Ryc. 8

zdolnienia. Teoretycy testów rozwiązują ten problem przede wszystkim przez obliczanie współczynnika korelacji pomiędzy wynikami pierwszego badania i drugiego, wykonanego na tych samych osobach w innym czasie (test - retest reliability). Przy współczynniku korelacji wynoszącym +0, 80- +0,90 test uważa się za "rzetelny", tj. dostatecznie stabilny, aby można było polegać na wykonanych nim pomiarach. Sprawa ustalenia rzetelności testu nie jest jednak prosta, na co wskazał Kreutz (1962, s.272).

Zmienność rezultatów testu zależy od szeregu czynników, które nie tkwią w samym teście, ale w badanym lub w okolicznościach niezależnych ani od testu, ani od eksperymentatora. Wykonanie testu może się pogorszyć, gdy badany jest zmęczony poprzednio wykonywaną pracą, gdy jest

rozdrażniony jakąś sprawą nie wiążącą się z badaniem, gdy źle czuje się fizycznie (czynniki A, w formule przytoczonej na s.58) itd. Wpływ na wynik mają również okoliczności w których rozwiązuje się zadanie, osoba samego eksperymentatora, hałasy dochodzące z ulicy lub z sąsiedniego pokoju. Badanie stałości testu metodą korelacji nie potrafi nas uwolnić od tych czynników zmienności, w rezultacie zaś, jak wskazuje Kreutz, przy kilkakrotnym powtarzaniu testu i mierzeniu korelacji pierwszego powtórzenia z drugim, drugiego z trzecim itd., uzyskuje się nieraz współczynniki bardzo różne, co stawia pod znakiem zapytania całą tę technikę kontrolowania rzetelności testu.

Należałoby jednak zauważyć, że zadaniem psychologa stosującego test jest upewnienie się, czy zewnętrzne i wewnętrzne warunki, w jakich pracuje badany, są optymalne, tylko wtedy bowiem wynik testu może być wiarygodny. U osób czujących się źle, niedysponowanych fizycznie czy psychicznie, testu uzdolnień nie można stosować, chyba że mamy do czynienia z osobą psychicznie chorą i chcemy stwierdzić, jak wpływa u niej choroba na aktualny poziom sprawności umysłowej. Zwróćmy przy tym uwagę, że duże baterie testów, jak np. skala Wechslera, mimo wszystko wykazują znaczną stałość wyników.

Z zestawienia podanego przez Shaffera i Lazarusa(1952, s.158) wynika, że współczynniki stałości dla pełnej skali Wechslera obliczone niezależnie od siebie przez 9

różnych autorów dla rozmaitych populacji, osób normalnych i psychicznie chorych, wahają się w granicach + 0,84 do + 0,91. Współczynniki dla poszczególnych podtestów są na ogół niższe i bardziej zmienne, najwyższą stałość wykazują test wiadomości i słownika.

Trzecią cechą poprawnego testu uzdolnień jest diagnostyczność albo - jak się częściej mówi - "trafność". Idzie o to, że na podstawie wyników, uzyskanych przez badanego, w teście powinniśmy móc przewidzieć wyniki, jakie uzyska on również w sytuacjach życiowych, pozalaboratoryjnych. Szereg testów "analitycznych", jakie stosowano do badania poszczególnych uzdolnień, takich jak np. zdolność kombinowania (test Masselona, Ebbinghausa) czy uwagi (test Bourdona) spotkało się ze słusznym zarzutem, że ze sposobu, w jaki ktoś kombinuje czy skupia uwagę na materiale testowym nie można wnosić, iż będzie on równie dobrze wykonywał te czynności w warunkach życia codziennego, np. w szkole, fabryce itp.

Wnioskowanie takie wymaga uprzedniego wykazania, że wyniki testu korelują z wynikami uzyskiwanymi przez badanych w sytuacjach pozalaboratoryjnych, czyli z tzw. "kryterium". Jeśli za kryterium przyjmiemy np. postępy uczniów w szkole, wysoka korelacja ich z wynikami uzyskiwanymi przez tych samych uczniów w testach pokaże, że na podstawie badań testem można postawić diagnozę co do sprawności uczenia się w szkole. Badania pokazały, że diagnostyczność testów inteligencji nie jest na ogół wysoka.

Współczynniki korelacji z postępami szkolnymi takich testów, jak skale binetowskie czy też skala Wechslera-Bellevue nie przekraczają + 0,60, tzn. zostawiają dość duży margines błędu przy określaniu "życiowej" sprawności osobnika (Shaffer i Lazarus, 1952, s.108). Należy jednak pamiętać, ze - jak już wspominaliśmy - testy stosujemy zawsze w połączeniu z innymi metodami. Umożliwia to stosowanie, obok kontroli trafności na podstawie współczynnika obliczonego przez konstruktorów testu, kontrolę indywidualną, kliniczną, mianowicie przez porównanie wyników testu z innymi danymi informującymi o poziomie umysłowym osobnika (dane zawarte w obrazie klinicznym i życiorysie oraz w innych testach, por. Shaffer i Lazarus, 1952, s.82-3; Shapiro M.B., 1957, s.1495).

W Polsce nie mamy wiele testów, a i te które są, na ogół nie posiadają ani norm, ani współczynników trafności obliczonych dla naszego kraju, używa się więc norm obcych, z reguły amerykańskich względnie angielskich (np. przy teście Ravena). Jest to niewątpliwie trudność, ponieważ i same zadania i normy testu mają zasadniczo walor tylko dla tej kulturowej populacji, z której została pobrana próbka standaryzacyjna. Oceniając naszych badanych na podstawie obcych testów i obcych norm, popełniamy więc błędy, których wielkości nawet nie znamy. Nie jest to zresztą tylko nasza bolączka. Jones (Eysenck, 1960a, s.766) podkreśla, że również w Wielkiej Brytanii wiele testów nie posiada angielskiej normalizacji i pokazuje przykłady błę-

nych ocen płynących z posługiwania się normami amerykańskimi.

Z testów uzdolnień najczęściej stosuje się u nas skale typu binetowskiego (Binet-Terman, Terman-Merrill), skalę Wechslera - Bellevue oraz test Ravena, czasami spotyka się również test Kohsa (pełny test, złożony z 17 zadań, a nie jego formę znacznie skróconą, użytą jako podtest w skali Wechslera). Nie będziemy się tutaj dłużej zatrzymywać nad rozwojowymi testami inteligencji, zapoczątkowanymi przez Bineta, są one dobrze znane i często omawiane w literaturze (por. Joteyko, 1924; Baley S., 1947), podkreślimy tylko ich niektóre charakterystyczne cechy. Są to skale heterogeniczne, tzn. złożone z zadań wymagających różnorodnych czynności umysłowych, takich jak pamięć bezpośrednia, konstruowanie układanki, ujmowanie sensu zdarzeń na obrazku itp. Zasada ta nie jest jednak przeprowadzona systematycznie, tzn. te same testy nie powtarzają się w zestawach dla każdego roku życia, stąd nie można określić rozwoju odnośnej funkcji, lecz tylko globalny wynik w postaci wieku inteligencji, który dzielony przez wiek życia i pomnożony przez 100 daje iloraz inteligencji. Ograniczeniem użyteczności skali jest również i to, że jest ona przeznaczona dla dzieci i młodzieży, sama bowiem koncepcja binetowskiego ilorazu inteligencji wiąże się z rozwojem, a traci sens w zastosowaniu dla osób dorosłych, u których rozwój, w ścisłym tego słowa znaczeniu, już nie zachodzi.

Braków tych starał się uniknąć D.Wechsler, konstruując swoją skalę opartą na innej zasadzie niż skala Bineta. Mianowicie test Wechslera składa się z 11 podtestów, które eksponuje się wszystkie każdemu badanemu, niezależnie od wieku życia. Inne też zostało tu zastosowane pojęcie ilorazu inteligencji, umożliwiające używanie go niezależnie od wieku badanego. Mianowicie Wechsler przyjął jako I.I=100 średnią uzyskaną w próbce standaryzacyjnej zaś jedno odchylenie standardowe (sigmę) uznał za równe 15 punktom inteligencji, a więc np. I.I równy +1 sigma wynosi 115, zaś I.I równy -1 sigma wynosi 85, jest to więc statystyczne pojęcie ilorazu inteligencji, niezależn od rozwoju (por. Morgan, 1961, s.441-42).

W skali Wechslera podtesty tworzą dwie grupy, werbalną i niewerbalną, w każdej jest po 5 testów, ponadto jako jedenasty figuruje test słownika. W grupie testów werbalnych mamy: 1. wiadomości (np. gdzie leży Londyn), 2) zrozumienie sytuacji życia codziennego (np. dlaczego trzeba unikać złego towarzystwa), 3. powtarzanie liczb (zakres słuchowej, bezpośredniej pamięci liczb przy powtarzaniu zwykłym i wstecz), 4. zadania arytmetyczne, oraz 5. znajdowanie podobieństw między dwoma klasami przedmiotów nazwanych przez badającego (np. między jabłkiem i gruszką).

Skala niewerbalna obejmuje: 1. porządkowanie obrazków (tj. układanie w odpowiedniej kolejności obrazków przedstawiających kolejne fazy pewnego zdarzenia, podobnie jak w polskim teście Dawida), 2. braki w obrazkach (wykrywa-

nie szczegółów opuszczonych, np. w rysunku twarzy ludzkiej), 3. układanie mozaikowych czerwono-białych wzorów z 4–16 klocków, 4. układanie sylwetki określonego przedmiotu z pociętych części, 5. symbole cyfr (uczenie się kodowania cyfr od 1–9 za pomocą określonych znaków według podanego klucza).

W skali można obliczyć: a) ogólny I.I jako wskaźnik globalnej inteligencji, b) oddzielny I.I dla inteligencji werbalnej, a oddzielny dla inteligencji niewerbalnej, c) przekształcić surowe rezultaty każdego podtestu na wyniki przeliczone (wyrażone w sigmach), tak że test pozwala dokonywać intraindywidualnych porównań poszczególnych zdolności badanych przez podtesty. Możliwość tak wielostronnego zastosowania ma duże znaczenie dla diagnostyki, przy czym specjalnie należy podkreślić rolę badania struktury inteligencji przez wewnętrzne porównywanie wyników uzyskanych w podtestach. Dla diagnostyki psychologicznej okazuje się to znacznie ważniejsze niż określenie globalnego poziomu inteligencji.

Dla tego celu sporządza się diagram przedstawiajacy rozsiew wyników w podtestach. Przyjmując linię podstawową wykresu równą zeru, na osi pionowej odkłada się przeliczone wyniki każdego podtestu i przedstawia się je w postaci słupka, którego wysokość odpowiada wynikowi każdego podtestu. Całość przedziela się linią poziomą, odpowiadającą przeciętnemu wynikowi wszystkich podtestów (za wyjątkiem "słownika"). Uzyskany w ten sposób profil słu-

ży do oceny a) wielkości ogólnego rozsiewu wyników. Przyjmuje się, że normalnie poziom wykonania wszystkich podtestów powinien być stosunkowo równomierny, im większy więc rozsiew, tj. im większe różnice w wynikach, tym większe poszlaki pewnej nienormalności zaburzeń emocjonalnych, niezorganizowania wewnętrznego; b) Analiza kształtu profilu, tzn. stwierdzenie, które podtesty zostały rozwiązane lepiej, a które gorzej, może stanowić podstawę do dalszych wniosków, ponieważ różne zaburzenia psychiczne obniżają wybiorczo odmienne funkcje w skali.

Według Wechslera znaczna przewaga testów niewerbalnych nad werbalnymi przy normalnym I.I. może stanowić poszlakę osobowości psychopatycznej, lęki pochodzenia nerwicowego odbijają się głównie na bezpośredniej pamięci liczb(trudność koncentracji uwagi) itp. Wechsler zaznacza również, że jego skala zawiera pewne kryteria deficytu (ubytku) umysłowego natury organicznej. Mianowicie testami, które u organików stosunkowo najmniej się zmieniają, są słownik i wiadomości, one też mogą stanowić wskaźnik przedchorobowego poziomu intelektualnego. Stosunkowo mały ubytek wykazują też, zdaniem Wechslera, rozumienie układanki oraz uzupełnianie obrazków. Inne testy przy organice obniżają się, stąd też przez porównanie wyniku testów pierwszych z drugimi można obliczyć "wskaźnik deterioracji". Wartość tych informacji polega jednak nie na tym, że test "dowodzi" ubytku organicznego czy nerwicy lub psychopatii, lecz że stanowi źródło użytecznych hipotez klini-

cznych, które weryfikuje się za pomocą innych metod. Nadmienić też trzeba, że obok wyników liczbowych otrzymujemy w teście również jakościowe dane (np. sposób rozumienia podanych sytuacji społecznych, uparte podawanie różnic w teście "podobieństw" zamiast analogii, typowe dla oligofreników itp.).

Obok heterogenicznych skal inteligencji, stosuje się również testy inteligencji homogeniczne, tzn. złożone z zadań tego samego rodzaju, ale różnej trudności. Najbardziej znany z nich w Polsce percepcyjny test Ravena ("Matrix") zawiera pięć serii po 12 zadań tego samego typu, wymagających rozumowania na materiale spostrzeżeniowym. Każde zadanie stanowi pewien wzór, w którym znajduje się luka, a badany ma ją wypełnić jednym z sześciu podanych poniżej wzoru wycinków o wzorze mniej lub więcej podobnym do wzoru całości. Test można stosować bez ograniczenia czasu lub z ograniczeniem do 20 minut. Prowizoryczne normy centylowe dla badań z ograniczeniem czasu do 20 minut (501 dziewcząt i 544 chłopców, uczniów szkolnych w wieku 13-16 lat) przedstawił B.Hornowski (1959). Według jego badań współczynnik stałości testu wynosi ok. +0,88 (s.105), a współczynnik trafności w stosunku do postępów szkolnych ocenianych w skali pięciostopniowej +0,72(chłopcy) oraz +0,70 (dziewczęta). Diagnostyczność testu okazała się wyższa dla uczniów dobrych niż słabych (s.175-77). Test ten, w przeciwieństwie do dużych skal heterogenicznych, daje się stosować również w badaniach zbiorowych.

Do niedawna psychometryczne testy uzdolnień uchodziły za jedyną ścisłą i naukową metodę badania psychologicznego, dziś jednak dostrzegamy szereg jej braków i ograniczeń. Wymienię je krótko nie po to, aby dyskwalifikować testy, które - o ile się zna ich ograniczenia, stanowią bardzo użyteczną metodę, ale po to aby wskazać na konieczność właściwego i ostrożnego posługiwania się nimi. Zasadniczą niedogodnością testów jest to, że przygotowanie ich jest długie i pracochłonne. Nad skalą Termana-Merrill pracował duży zespół przez dziewięć lat, dokonując standaryzacji zadań, przeprowadzając badania normalizacyjne, walidacyjne itd. przy tym trzeba pamiętać, że po pewnym czasie dezaktualizują się i zadania testowe i ich normy. W teście Wechslera brak krawata na obrazku mężczyzny jest "brakiem", ale w naszych warunkach współczesnych mężczyźni często chodzą bez krawatów. Również normy testu wymagają okresowej kontroli i poprawy. Wiadomo dziś, że żaden test nie bada "wrodzonej" inteligencji, ale nabytą sprawność umysłową, opartą o posiadane wiadomości i umiejętności (Morgan, 1961, s.446). Otóż w miarę rozwoju kultury i szkolnictwa poziom wykształcenia ludności stale rośnie, można więc przypuszczać, że normy testu z upływem czasu stają się za niskie i wymagają odpowiednich poprawek.

Niezależnie od tego test zawiera szereg źródeł błędu (por. Shapiro S.M., 1957, s.1942-3). Pierwszy błąd, o którym już była mowa (por. s.167) popełniamy, oceniając

według norm danego testu osoby nie należące do populacji, dla której dany test został wystandaryzowany. Błąd taki popełniają wszyscy polscy psychologowie, posługujący się testami z normalizacją amerykańską. Dlatego wyniki testów wymagają zawsze weryfikacji klinicznej. Inne źródła błędów tkwią w samych testach: pierwszy, błąd rzetelności, sprawia, że wyniki uzyskane przez badanego w danych warunkach mogą być niższe w stosunku do jego możliwych maksymalnych osiągnięć jako jedynego kryterium zdolności (por. Kreutz, 1962, s.407) oraz drugi, błąd diagnostyczności związany z niskim stosunkowo współczynnikiem trafności, pociąga za sobą omyłki we wnioskowaniu z testu o "życiowej" sprawności osobnika. Wyeliminowanie błędu rzetelności przez powtarzanie testu i branie pod uwagę jego - jak to proponuje Kreutz - wyniku "maksymalnego" - jest technicznie niemożliwe, gdy posługujemy się dużymi skalami inteligencji, możemy jednak częściowo go zmniejszyć, zapewniając badanym możliwie dogodne warunki zewnętrzne i uważając, aby badania nie przeprowadzać w niepomyślnym stanie fizycznym i psychicznym, ale błąd diagnostyczności leży już całkowicie poza możliwościami jakichkolwiek korektur ze strony badającego.

Dlatego też pomiar testowy nigdy nie jest dokładny, a zacieśnienie "marginesu błędu" do minimum zależy od teoretycznej i praktycznej znajomości testu przez psychologa, jego klinicznego doświadczenia, sprawności obserwacji, właściwego podejścia do badanego i odpowiedniej

weryfikacji za pomocą innych danych. Inaczej mówiąc, "testowanie" jest formą badania trudną, wymagającą dużo wprawy i pełnych kwalifikacji psychologicznych, a bynajmniej nie mechanicznym pomiarem za pomocą "psychometru", jak to sobie czasem wyobrażają laicy. W ręku doświadczonego psychologa test jest jednak niewątpliwie cennym źródłem prawdopodobnych hipotez diagnostycznych i jako taki ma trwałe miejsce w repertuarze metod psychologii klinicznej.

Na zakończenie paragrafu dotyczącego testów zdolności kilka słów należy poświęcić t e s t o m d e f i c y t u u m y s ł o w e g o. Hunt i Cofer (Hunt McV,1944, II, s.971) określają terminem "deficyt" ubytek sprawności umysłowej u chorych umysłowo. Deficyt sprawności w wykonywaniu danej funkcji umysłowej można mierzyć przez porównanie z: a) poziomem sprawności wykazywanym przez analogiczne grupy osób normalnych, b) z poziomem przedchorobowym danej sprawności u pacjentów. Sprawa pomiaru deficytu jest prosta, jeśli mamy do dyspozycji wynik badania chorego z okresu przed zachorowaniem, to jednak zdarza się tylko wyjątkowo. Pewnych wskaźników przedchorobowego poziomu umysłowego dostarczają - jak już wspomnieliśmy - te testy, które mało obniżają się przy organice, jak test słownika i wiadomości w skali Wechslera. Jest to jednak w najlepszym wypadku określenie tylko przybliżone. Częściej stosuje się interindywidualne kryterium deficytu, przez porównanie wykonania w grupie cho-

rych jakiejś czynności umysłowej z poziomem jej wykonania przez osoby normalne w tym samym wieku, o tym samym poziomie wykształcenia itd. Szereg badań tego typu można znaleźć we wspomnianym artykule Hunta i Cofera (obejmuje prace tylko do r.1944). Badania te nie są pozbawione wad. Wiele z nich jest przeprowadzonych na grupach zbyt małych i wymaga dopiero weryfikacji, inne jak np. znane badania Goldsteina nad abstrakcją u organików, nie uwzględniają w ogóle kontrolnych grup osób normalnych (por. Meyer V., w: Eysenck, 1960a, s.537, tam również inne uwagi krytyczne na temat tych badań) itd.

Niektóre badania nad deficytem zostały wyzyskane do stworzenia standaryzowanych testów dla diagnozy defektu organicznego. Skonstruowanie takiego testu wymaga a) wyboru funkcji psychicznej, która wykazuje wyraźny deficyt u chorych umysłowo, np. u organików, b) znalezienia serii zadań, których rozwiązanie wymaga tej właśnie funkcji, c) przebadania tymi testami grupy chorych oraz analogicznej grupy osób normalnych, d) stwierdzenia, czy przeciętne obu grup różnią się od siebie w sposób statystycznie istotny i czy ich rozsiewy możliwie mało, zachodzą na siebie. Im mniejsza jest liczba chorych, którzy znajdują się w rozsiewie grupy osób normalnych, z tym większym prawdopodobieństwem test pozwala postawić diagnozę deficytu. Testy deficytu organicznego nie zawsze jednak odróżniają organików od psychotyków (tak jest np. z testem Leitera-Partingtona), poza tym nawet mało skomplikowane

czynności badane testami są zawsze złożone (np. odrysowanie figur obejmuje i samą organizację obrazu, i skupienie uwagi, i "pamięć świeżą" figury przy jej narysowaniu), tak że test pozwala nam w najlepszym wypadku stwierdzić deficyt, ale nie wiemy dobrze, jakiej funkcji on dotyczy. W Polsce najczęściej stosowany jest test Loretty Bender, badający zaburzenia w odrysowywani dość prostych, bezsensownych figur zaczerpniętych z eksperymentów M.Wertheimera. W rysunkach organików występują charakterystyczne zniekształcenia, jak rotacje figury (zmiana jej położenia na rysunku), ponowne rysowanie wzoru poprzedniego mimo zmiany wzoru (perseweracja) itp.

4. Testy projekcyjne

Testy projekcyjne, stosowane najczęściej przez polskich psychologów, zostały opisane w innych pracach w sposób znacznie bardziej wyczerpujący, niż można by to uczynić w tym szkicu (Wallen, 1964; Kretschmer, 1958; Reutt i Reutt, 1960; Kreutz, 1962). Dlatego pominiemy omawianie konkretnych metod, zajmując się tylko charakterystyką ich podstaw teoretycznych.

Jest rzeczą dość interesującą, że teoretycy, jak Kreutz czy Eysenck (1965, s.274), o metodach projekcyjnych wyrażają się w sposób znacznie bardziej krytyczny niż o metodach psychometrycznych, wśród praktyków klinicystów zaś zainteresowanie nimi s ale wzrasta. Z zestawienia przedstawionego przez Schaffera i Lazarusa (1952, s.264)

wynika, że na temat testu Rorschacha w literaturze angielskiej i amerykańskiej w latach 1924 - 1929 (tj. wkrótce po ukazaniu się "Psychodiagnostyki" Rorschacha w 1921 r.) ukazał się tylko jeden artykuł, ale do roku 1939 liczba ta wzrosła już do 123, a do roku 1947 wynosiła już 559 pozycji. Dziś artykuły i monografie na temat tego testu wypełniłyby sporą bibliotekę. Fakt, że metody projekcyjne posiadają zarówno gorących zwolenników jak i nieprzejednanych wrogów i budzą u trzeźwych naukowców pewnego rodzaju zacietrzewienie (widoczne np. wyraźnie w ironiczych uwagach Eysencka), wskazuje, że mamy do czynienia z jakimiś nieporozumieniami. Tym bardziej warto rozpatrzyć założenia teoretyczne na których są te metody oparte.

Termin "projekcja" pochodzi z klinicznych obserwacji psychoanalityków i oznacza - jak wspominaliśmy w poprzednim rozdziale (por. s. 72) - mechanizm obronny, polegający na przypisywaniu innym winy za własne błędy i własnych wad, do których człowiek nie chce przyznać się u siebie. Jest to więc mechanizm wypaczający sposób, w jaki ktoś spostrzega osoby ze swego otoczenia. Teoretycy metod projekcyjnych rozszerzyli znaczenie tego terminu na wszelkiego rodzaju typowe dla jednostki, subiektywne ujmowanie rzeczywistości. Najwyraźniej chyba sformułował to W.Frank w pracy "Projective methods in the study of personality" (1939, Metody projekcyjne w badaniu osobowości, por. Anderson i Anderson, 1951, s.542).

Według niego, projekcja polega na tym, że osobowość "kształtuje, wypacza, nagina i w ogóle przetwarza każdą sytuację, dostosowując ją do konfiguracji prywatnego świata jednostki". Można w tym widzieć inne trochę sformułowanie znanej radzieckiej tezy, że odzwierciedlanie otoczenia jest u człowieka zawsze mniej lub bardziej "subiektywne", tj. zależne i od jego aktualnego stanu i od trwałych cech osobowości (Rubinsztejn, 1961, s.416), sformułowanie Franka jest jednak znacznie bardziej krańcowe: według niego człowiek z obiektywnego materiału rzeczywistości konstruuje sobie własny świat, zgodny z jego postawami i przekonaniami, swoje własne - jakby powiedział K.Lewin - "pole psychiczne". Nasuwa to myśl, że każdy człowiek żyje, tak jak monady Leibnitza, we własnym świecie, hermetycznie oddzielonym od "światów" innych ludzi. Tak na pewno nie jest, a odzwierciedlanie rzeczywistości przez poszczególne jednostki ma normalnie - przy mniejszych lub większych odchyleniach subiektywnych - dość realizmu, abyśmy mogli porozumieć się i stwierdzić, że jednak żyjemy w tej samej rzeczywistości. Tylko w wypadkach ostrej patologii, tj. w psychozie, dochodzi do tak wielkiego zniekształcenia w obrazie świata, że chory rzeczywiście staje się podobny do monady, noszącej w sobie swój własny obraz rzeczywistości, własny "świat" dziwacznie wykrzywiony i niezrozumiały dla innych.

Szeroko rozumiana projekcja polega więc na "rzutowaniu" w obiektywny materiał rzeczywistości własnych po-

staw i poglądów, na interpretowaniu zgodnie z nimi materiału faktów. Jest ona zasadniczo identyczna z omówionym w rozdziale II mechanizmem, utrzymującym stałość doświadczenia: tendencyjna apercepcja Adlera czy rozwiązywanie dysonansu poznawczego przez przeinterpretowywanie faktów tak, aby nie były sprzeczne z już posiadanymi przekonaniami (L.Festinger), to w istocie tylko różne teoretyczne sformułowania mechanizmu projekcji.

Zwrócimy tu uwagę na zaobserwowaną jeszcze przez W.Wundta tendencję do interpretowania spostrzeganych podniet na podstawie posiadanego doświadczenia. Doświadczenie tworzy "masę apercepcyjną" a obraz, czyli "percepcja", interpretowany w oparciu o doświadczenie zmienia się w "apercepcję" czyli spostrzeżenie określonego przedmiotu, mającego dla jednostki takie czy inne znaczenie.

Przy zmianie "percepcji" w "apercepcję" podnieta ulega pewnemu przekształceniu, umożliwiającemu jej asymilację, wcielenie do już posiadanej masy apercepcyjnej. Najwyraźniejsze przykłady apercepcji obserwowano w doświadczeniach nad zapamiętywaniem nieznanych kształtów i włączaniem ich do zakresu już posiadanych pojęć (Granit, Wulf i in., por. Lewicki A., 1950; Woodworth - Schlosberg, 1963, II, s.284), co Bartlett (1932) nazywa "usensowianiem" (effort after meaning), Tiepłow "rozpoznaniem niespecyficznym" (1950,s.52), a W.Witwicki "żądem klasyfikującym" (Witwicki W., 1962, t.I, s.227). Zależnie od tego, ile kto i ma pojęć i jak są one dokładne, proces

tem może dać różne wyniki (por.np. fałszywe rozpoznawanie obrazków u oligofreników, Szutkowska U., 1965, s.375).

Miewamy również do czynienia z projekcją pewnych stanów uczuciowych w sytuację zewnętrzną. Z psychologii ogólnej znane są zjawiska złudzeń zmysłowych,zachodzących pod wpływem silnych uczuć, jak np. w podręcznikowym przykładzie dostrzegania w krzaku przydrożnym zbójcy przez osobę, która boi się panicznie rabunku, a musi wieczorem przejść pustą drogą wiejską. Wpływ uczuć zaznacza się szczególnie przy rozumieniu złożonych sytuacji społecznych, które z natury rzeczy są bardziej wieloznaczne niż pojedyncze przedmioty (por. Morgan, 1961, s.330, zestawienie badań nad zależnością postrzegania od aktualnych procesów motywacyjnych i trwałych postaw, por.Schaffer i Lazarus, 1952, s.249-252).

Jak widać, psychologowie różnych ugrupowań teoretycznych, dawniejsi i nowsi, przytaczają fakty projekcji w tym szerokim znaczeniu, jakie temu terminowi nadaje Frank. Równocześnie widać, że zjawisko to obejmuje mechanizmy dość różnorodne, takie jak apercypowanie zdarzeń przez pryzmat dotychczasowego doświadczenia, rozumienie ich z punktu widzenia własnych potrzeb i obaw, a także zniekształcanie tak, aby zachować dotychczasowe przekonanie np. pochlebną opinię o sobie samym.

Istotą metod projekcyjnych jest stwarzanie badanemu warunków, umożliwiających rzutowanie potrzeb, postaw itp. w obiektywny materiał podniet, w tym celu, aby z cha-

rakterystycznych cech projekcji wnosić o jego osobowości (por. Jahoda, Deutsch i Cook W., w: Nowak S., 1965, s.169-170). Z tego względu konstrukcja zadań projekcyjnych jest inna niż np. w testach psychometrycznych. O ile tam idzie o to, aby zadania były możliwie jednoznaczne i dawały się rozwiązać tylko w jeden określony sposób, zadania projekcyjne dopuszczają możliwość wielu rozmaitych rozwiązań (por. Kreutz, 1962, s.177). Na przykład badanemu poleca się układać historyjki na temat szeregu wieloznacznych obrazków, przypominających fotosy filmowe (Test Tematycznej Apercepcji czyli TAT), interpretować jednobarwne i wielobarwne plamy atramentowe (Rorschach), układać historyjki z lalek, figurek zwierzęcych wraz z różnymi akcesoriami dodatkowymi (drzewa, dom itp. - Scenotest G.v.Staabs) itp. Materiał podniet może mieć też charakter werbalny, np. badany ma uzupełniać serie niedokończonych zadań typu "Mój ojciec...".

Bellak (1944, cyt. Shaffer i Lazarus, 1952, s.252), wyróżnił w "zachowaniu projekcyjnym "trzy aspekty: adaptacyjny, projekcyjny i ekspresywny. Aspekt a d a p t a c y j n y wyraża się w popularności (pospolitości) rezultatu. Jeśli badany interpretuje np. obrazek w sposób taki jak większość ludzi danego środowiska kulturowego, jest najwidoczniej zaadaptowany do swej kultury, myśli zgodnie z przyjętymi w niej schematami. Niepospolite interpretacje materiału mogą wskazywać na oryginalność, ale

mogą być też wyrazem patologicznej utraty kontaktu z rzeczywistością, np. u schizofreników. Ten aspekt został wyzyskany np. w metodzie Rorschacha, a także w teście swobodnego kojarzenia, w modyfikacji Kenta-Rosanoffa (por. Woodworth-Schlosberg, 1963, s.87-89), który również zalicza się do metod projekcyjnych (werbalnych).

Aspekt p r o j e k c y j n y dotyczy związku treści interpretacji z określonymi cechami osobnika. Na przykład bardzo często dostrzeganie w plamach testu Rorschacha narządów rodnych wskazuje na zainteresowanie sprawami płci, interpretacje określonych obrazków TAT jako konfliktu młodych ze starymi wskazuje u młodego człowieka na taką właśnie postawę w stosunku do starszych itd. Idzie tu właśnie o "projekcję" w tym znaczeniu, w jakim omawialiśmy ten termin poprzednio.

I wreszcie aspekt e k s p r e s y w n y - to formalne strony spostrzegania i werbalizacji. Na przykład w TAT opowiadania na temat obrazków mogą być formułowane z wyraźną dbałością o poprawność, właściwy dobór słów, prawidłową, literacką konstrukcję zdań lub podane swobodnie, mową potoczną, a nawet niedbale. Bardzo duży nacisk kładzie się na ten właśnie aspekt w metodzie Rorschacha: ważnymi wskaźnikami określonych cech osobowości jest to, czy badany koncentruje się na całości plamy czy na jej szczegółach, w jakiej kolejności rozpatruje całość i szczegóły, czy w interpretacjach kieruje się kształtem czy barwą plamy itd. Różne metody projekcyjne

biorą pod uwagę różne aspekty "zachowania projekcyjnego".

Najczęściej idzie tylko o treść projekcji, jedynie metoda Rorschacha uwzględnia wszystkie trzy aspekty. Poza tym zwraca się uwagę na to, że pewne momenty projekcyjne występują również w testach psychometrycznych, np. w skali Wechslera (Anderson i Anderson, 1951, s.543-548). Do elementów projekcyjnych zalicza się mianowicie różnice indywidualne w s p o s o b i e rozwiązywania zadań testowych (np. jakościowe różnice w podteście rozumienia czy podobieństw), sposób werbalizowania odpowiedzi, a także emocjonalne cechy zachowania przy rozwiązywaniu testu.

Teoretyczne wnioskowanie o osobowości na podstawie projekcji wydaje się równie słuszne jak wnoszenie o zdolnościach na podstawie sprawności w rozwiązywaniu określonych zadań. Jednakże technicznie metody projekcyjne są opracowane znacznie słabiej od psychometrycznych testów uzdolnień. O ile używamy w nich standardowych zestawów zadań i podniet, tak jak w oryginalnym TAT czy w metodzie Rorschacha, można je uważać za testy i domagać się, aby spełniały te same postulaty co testy psychometryczne, tj. były wyposażone w skale norm, umożliwiające jednolitą ocenę wyników każdej osoby badanej i porównanie jej rezultatu rezultatami innych osób, miały zbadaną stałość (rzetelność) i diagnostyczność (trafność), por. Shaffer i Lazarus, 1952, s.287. Sprawa nie jest jednak prosta z uwagi na

swoistość tych metod. Tak np. normalizacja takiej metody jak TAT musi wyglądać zupełnie inaczej niż normalizacja testu psychometrycznego, skoro nie uzyskujemy tu liczbowych miar rezultatu, tak jak przy pomiarze sprawności rozwiązywania zadań. Istnieje w tej chwili sporo badań nad diagnostycznością przede wszystkim metody Rorschacha, które pokazują, że walidacja przybiera przy metodach projekcyjnych inną nieco formę niż przy testach psychometrycznych i może być prowadzona na znacznie więcej sposobów. Nie możemy w tym miejscu wchodzić w te szczegóły, stwierdzimy tylko, że badania walidacyjne nad Rorschachem dostarczyły dostatecznie dużo pozytywnych danych, pozwalających sądzić, że metoda ta daje istotnie pewien wgląd w cechy osobowości, z drugiej strony jednak - jest też niemało badań o wyniku negatywnym, a wyniki pozytywne wymagają jeszcze dalszej weryfikacji na większej liczbie badanych (por. Hirt M., 1962, s.410). Dlatego też psycholog kliniczny stosując metody projekcyjne, musi w tej chwili polegać bardziej na indywidualnej walidacji, przez konfrontację ich wyników z całokształtem obrazu klinicznego.

5. Inwentarze osobowości

W przeciwieństwie do testów psychometrycznych i metod projekcyjnych, technika inwentarzy osobowości jest w naszej literaturze na ogół pomijana milczeniem. Kreutz w "Metodach współczesnej psychologii" (1962, s.434) wymie-

nia "inwentarze" wśród "ankiet" i łącznie ocenia je, razem z ankietami, jako metodę "mało wartościową", nie wspomina też o nich Wallen w niedawno wydanym podręczniku psychologii klinicznej (1964).

Pewne ogólnikowe i dość chaotyczne informacje przedstawił na ten temat Super w artykule drukowanym w "Psychologii wychowawczej" (1962, I.s.10), a bardziej wyczerpujący opis techniki inwentarzy można znaleźć dopiero w wydanym ostatnio przekładzie książki Eysencka "Sens i nonsens w psychologii" (1965, s.226-243). Ponieważ jest to metoda nieraz stosowana przez psychologów klinicznych, należy choćby ogólnie naszkicować jej teoretyczne podstawy i problemy, które się z nimi wiążą.

O ile teoretyczną podstawą testów psychometrycznych są indywidualne różnice sprawności rozwiązywania określonych zadań, a podstawą metod projekcyjnych - przejawianie się cech osobowości w zjawisku projekcji, to inwentarze osobowości należy zaliczyć do metod, w których poznawanie osobowości polega na korzystaniu z wiedzy o sobie, jaką posiada badany, czyli z s a m o w i e d z y.

Samowiedza jest - tak jak i projekcja - niewątpliwym faktem. W toku obcowania ze swym otoczeniem człowiek gromadzi pewną wiedzę o sobie, o typowych dla siebie sposobach postępowania w różnych sytuacjach, o swych upodobaniach i sposobie przeżywania, a zapytany potrafi na ten temat udzielić określonych informacji. Z tego właśnie źródła informacji korzystają inwentarze osobowości. Pod-

stawę do sporządzenia inwentarza stanowi zwykle teoria dotycząca określonych cech osobnika, przejawiających się w różnych sposobach postępowania i przeżywania. Na przykład bardzo wiele inwentarzy dotyczy cechy, którą Jung określił jako "introwersję", przeciwstawiając ją "ekstrawersji". Jungowski introwertyk to, najogólniej mówiąc, człowiek typowo nastawiony na własne życie wewnętrzne, własne idee, uczucia, fantazje itp., ekstrawertyk - typ trzeźwy, zwrócony ku światu zewnętrznemu, nieraz utylitarny i hedonista. Jung wyróżnił w każdym z tych typów po kilka podtypów, charakteryzując je przy pomocy szeregu objawów (por. Ombach E., 1964, s.197). Inną taką cechą jest chęć dominowania nad innymi, przeciwstawiona tendencji do podporządkowywania się, neurotyzm itd.

Każda z nich przejawia się w różnorodnych sposobach postępowania, przeżyciach, upodobaniach, o które pyta się badanego w inwentarzu. Badanie odbywa się zwykle w ten sposób, że na drukowanym kwestionariuszu należy zakreślić jedną z trzech podanych, możliwych odpowiedzi ("Tak", "nie" lub "?", tzn. "nie umiem powiedzieć"). Są wreszcie kwestionariusze używające tylko dwóch rodzajów odpowiedzi, twierdzącej i przeczącej. Na podstawie odpowiedzi na pytania ocenia się według klucza, czy i w jakim stopniu badany posiada daną cechę.

Metodę tę zainicjował Woodworth, które na życzenie władz wojskowych stworzył pierwszy inwentarz,umożliwiają-

cy szybką selekcję żołnierzy ze skłonnościami do zaburzeń nerwicowych (Personal Data Sheet, 1918, por. Shaffer i Lazarus, 1952, s.226). Kwestionariusz zawierał pytania o różne objawy nerwicowe, wymienione w podręcznikach psychiatrii. Ogólna liczba twierdzących odpowiedzi na pytania wskazywać miała na stopień neurotyczności. Badania normalizacyjne pokazały, że w czterdziestopytaniowym inwentarzu średni wynik wynosił dla osób normalnych 10, zaś dla nerwicowych -20 (Eysenck, 1965, s.226).

Inwentarze osobowości zawierają zwykle pytania dotyczące nie jednej tylko ale kilku cech, stąd dzielą się na pojedyncze "skale", których wynik zalicza się i ocenia oddzielnie. Na przykład inwentarz Bernreutera (był również tłumaczony na język polski) miał aż po cztery różne cechy, mianowicie neurotyczność, samowystarczalność, introwersję i skłonność do dominowania nad innymi. (Kontrolna analiza czynnikowa, przeprowadzona przez Flanagana - 1935, por. Shaffer i Lazarus, 1952, s.233 - wykazała, że pytania tego inwentarza dotyczą tylko dwóch cech, pewności siebie i towarzyskości).

Ze względu na łatwość konstruowania i normalizowania inwentarze osobowości zyskały sobie dużą popularność. Skonstruowanie inwentarza wymaga tylko wypisania z odpowiedniego podręcznika np. objawów nerwowości, sposobów przejawiania się introwersji itp., do których układa się odpowiednie pytania[16]. Łatwe jest też normalizowanie: ponieważ drukowane inwentarze może równocześnie wypełniać

duża grupa osób, szybko zbiera się obszerny materiał normalizacyjny dla ułożenia skali ocen. Badanie inwentarzem nie wymaga żadnej aparatury ani żadnych pomocy, osoba badana otrzymuje tylko arkusz z pytaniami i ma na nim zakreślić wybraną odpowiedź na każde pytanie (tzw. "testy papier - ołówek"), wyniki oblicza się według z góry ustalonego klucza (np. odpowiedź "tak" - 2 punkty, "?" -1 punkt, "nie" -0 punktów.

Po okresie entuzjazmu dla "testów papier - ołówek" zaczęto pod adresem tej metody wysuwać szereg wątpliwości. Jedna z nich dotyczy wieloznaczności pytań kwestionariusza. Na przykład pytanie "czy łatwo się gniewasz" może być przez różnych rozumiane rozmaicie. Pamiętają oni pewne sytuacje, w których wybuchali gniewem, może nawet często im się to zdarzało, ale czy to znaczy że gniewają się "łatwo" czy nie? Odpowiedź zależy od tego jak badani rozumieją słowo "łatwo". Dla jednego nawet częste złoszczenie się nie będzie "łatwe", bo uważa, że winę za to ponosi nieznośne otoczenie, w którym przebywa, on sam zaś jest człowiekiem spokojnym, drugi - już sam fakt częstego wybuchania gniewem, niezależnie od sytuacji, oceni samokrytycznie jako "łatwe" złoszczenie się. Dalsza wątpliwość dotyczy niedokładności wiedzy o sobie, co podkreślali szczególnie silnie psychoanalitycy. Obronne mechanizmy wyparcia, projekcji itd. (por. s.94) sprawiają, że człowiek właściwie nie zna siebie, ma pewien wyidealizowany i niezgodny z rzeczywistością obraz samego

siebie, stąd też można przypuszczać, że jego informacje o sobie, dawane w inwentarzu, nie będą się pokrywać z rzeczywistością. I wreszcie istnieje możliwość świadomego kłamstwa, tajenia pewnych faktów, przedstawiania się celowo w lepszym świetle bądź symulacji, czyli niezgodnego z prawdą przypisywania sobie pewnych chorobliwych też zachowania. Do podważenia wiary w metodę inwentarzy przyczyniły się również empiryczne badania nad ich diagnostycznością. Wyniki tych badań były ogromnie sprzeczne: od takich które podawały stosunkowo wysokie współczynniki walidacji (np. 0,70) aż do współczynników poniżej 0,4 (Ellis, por. Shaffer i Lazarus, 1952, s.230). Okazało się również, że wyniki badań jednej i tej samej cechy, np. neurotyczności czy introwersji, nie korelowały ze sobą (Eysenck, 1965, s.233).

Wszystko to sprawiło, że zmieniło się metodologiczne podejście do inwentarzy osobowości. Szereg psychologów stanął mianowicie na stanowisku, że przy posługiwaniu się inwentarzami można całkowicie abstrahować od zagadnienia wiarygodności samowiedzy i patrzeć na wyniki inwentarza z czysto behawiorystycznego punktu widzenia jako na zespół reakcji na określone bodźce (pytania). Jeśli stwierdzimy, że istnieje istotna różnica w ilości odpowiedzi "tak" na pytania inwentarza pomiędzy np. grupą diagnozowanych neurotyków i grupą osób normalnych, stanowi to wystarczającą podstawę do wnioskowania z kwestionariusza o stopniu neurotyczności, niezależnie od tego, czym należałoby psy-

chologicznie tłumaczyć te fakty (por. Eysenck, 1965, s.236-37).

W tej modyfikacji wynik uzyskany w inwentarzu stanowi tylko czysto empiryczny wskaźnik danej cechy, oparty na fakcie korelacji.

Tak zasadniczo skonstruowany jest MMPI (tj. Minnesota Multiphasic Personality Inventory, który w polskiej wersji wykonanej przez M.Choynowskiego otrzymał nazwę "Wiskad" - Wieloczynnikowa Skala Diagnostyczna[17]. MMPI jest obecnie oceniany jako najlepszy inwentarz osobowości. Obejmuje on 9 zasadniczych skal, których pytania dotyczą objawów charakterystycznych dla 8 psychiatrycznych zespołów chorobowych (hipochondria, depresja, histeria, psychopatia, paranoja, psychastenia, schizofrenia i zespół maniakalny), a skala 9 ma badać cechy męskości lub kobiecości w usposobieniu. Badania normalizacyjne, przeprowadzone na dużej grupie osób zdrowych i diagnozowanych chorych psychicznie pokazały, że wyniki przeliczone (w jednostkach T), wynoszące w poszczególnych skalach powyżej 70 pkt., wskazują na anormalne nasilenie danej cechy np. hipochondrii czy histerii.

Ale właśnie na tym inwentarzu można pokazać, że traktowanie wyników badania z czysto empirycznego punktu widzenia z pominięciem samowiedzy jako teoretycznej postawy testu, nie daje się w pełni przeprowadzić. Mianowicie autorzy inwentarza stwierdzili, że wiarygodność wyniku zależy nie tylko od korelacji z kryterium, ale również od posta-

wy, jaką zajmuje badany w stosunku do postawionego mu zadania. Badany może np. kłamać czy też nie przyznawać się do pewnych sposobów postępowania, a wtedy wynik inwentarza będzie niewiarygodny, choć nawet ogólny współczynnik walidacji może być dla testu wysoki. Dlatego też autorzy MMPI włączyli do inwentarza kilka skal kontrolnych, które umożliwiają ocenę postawy badanego względem zadania, a tym samym też kontrolę wiarygodności uzyskanych wyników.

Skal tych jest cztery, mianowicie skala kłamstwa ("L"), skala niepewności ("?"), skala określająca stopień dziwaczności odpowiedzi ("F") i wreszcie skala ("K") pozwalająca stwierdzić, czy badany wykazuje tendencję do dysymulacji. Skala kłamstwa zawiera pytania o fakty mało dla badanego pochlebne, ale tak pospolite, że prawie każdy człowiek odpowiadający zgodnie z prawdą musiałby na nie odpowiedzieć twierdząco (np.: czy skłamałeś kiedy?). Duża liczba odpowiedzi przeczących na pytania tego typu pozwala zakwestionować prawdomówność badanego w całym kwestionariuszu.

Skala "F" składa się z pytań, na które około 90% normalnych badanych w próbce standaryzacyjnej odpowiedziało jednakowo. Jeśli nasz badany na pytanie odpowiada odmiennie, można przypuszczać, że w kwestionariuszu daje odpowiedzi niedbałe, symuluje itp. Skala niepewności zlicza ogólną liczbę odpowiedzi typu "?" w całym inwentarzu. Duża liczba takich odpowiedzi wskazuje na niepewność i skłonność do dawania odpowiedzi wymijających. Skali "K" jako

najbardziej skomplikowanej nie będziemy tu omawiać, tym bardziej, że to co zostało powiedziane, pokazuje, na czym polega idea skal kontrolnych w inwentarzu osobowości.

Można stąd wysunąć wniosek, że w korzystaniu z inwentarza nie potrafimy się uwolnić od samowiedzy jako teoretycznej podstawy tej metody i uważać jej wyników za czysto empiryczne wskaźniki danej cechy. Wydaje się, że korelacja wyników inwentarza z kryterium np. - jak w "MMPI" - z diagnozami psychiatrycznymi, służy tylko do ogólnego stwierdzenia, czy na podstawie danych samowiedzy można różnicować badanych w obrębie określonej cechy, ale dopiero znając spcsób, w jakim każdy badany posługuje się swą samowiedzą, potrafimy ocenić, o ile w danym konkretnym wypadku możemy jego wypowiedzi uważać za wiarygodny wskaźnik tej cechy.

Dyskusje na temat inwentarzy osobowości toczą się obecnie wokół dwóch problemów, a mianowicie: po pierwsze - jak ustalać cechy stanowiące przedmiot badania, oraz - po drugie - jak wykazać diagnostyczność (trafność) inwentarza. Jeśli idzie o pierwszą sprawę, to coraz częściej pojawia się propozycja, aby inwentarzami badać nie cechy wyspekulowane teoretycznie czy też ustalone na podstawie doraźnych obserwacji klinicznych (jak np. jungowskie rozróżnienie introwertyków i ekstrawertyków), lecz "czyste czynniki osobowości", wydzielone empirycznie na drodze czynnikowej analizy określonych, typowych

form postępowania, objawów psychiatrycznych itp. Tą drogą poszli np. Guilford i Martin tworząc swój "Inwentarz czynników GAMIN" do badania ogólnej aktywności (G), tendencji do dominowania (A), męskości (M), uczuć mniejszej wartości (I) oraz neurotyczności (N), por. Shaffer i Lazarus, 1952, s.233; inwentarz Cattella oparty jest aż na 16 czynnikach, inwentarz MPI Eysencka bierze pod uwagę dwa czynniki (introwersja i neurotyczność) itp.Tendencji tej przeciwstawia się nadal konstruowanie inwentarzy do badania cech wydzielonych na drodze obserwacji i analizy teoretycznej, takich jak np. wartości dominujące w życiu ludzi (skala Allporta - Vernona, oparta na sześciu typach wyróżnionych przez Sprangera: teoretycznym, estetycznym, ekonomicznym, społecznym, politycznym i religijnym; skala przejawów lęku, skonstruowana przez Taylora i inne).

Kwestia druga dotyczy walidacji inwentarzy, tzn. próby stwierdzenia, jak dalece autocharakterystyka osobnika w inwentarzu pokrywa się z cechami, które on rzeczywiście posiada. Na ogół psychologowie żądają walidacji inwentarzy w stosunku do pewnego kryterium zewnętrznego,czy to będą diagnozy psychiatryczne, oceny sędziów kompetentnych, czy wreszcie eksperymentalne badania danych osób, dokonane innymi metodami (Eysenck, 1965, s.236; Super, 1962, s.12). Jednak również poważni uczeni są skłonni sądzić, że u normalnego, emocjonalnie dojrzałego człowieka, samowiedza jest sama w sobie dostatecznie wia-

rygodnym źródłem informacji i można jej ufać bez dodatkowej walidacji.

Na takim stanowisku stoi, jak się wydaje, G.Allport (w: Reykowski J., 1962, s.21; por. również Super, 1962, s.10). Wprawdzie tezy Allporta dotyczą nie tyle typowych przeżyć, o które pytamy w inwentarzu, co aktualnych motywów, postępowania, tzn., autor ten broni raczej wiarygodności samoobserwacji niż samowiedzy, można jednak przyjąć, że poprawna samoobserwacja prowadzi do poprawnej samowiedzy, a więc tezę jego dałoby się pojąć jako argument za bezpośrednią "wewnętrzną" wiarygodnością danych inwentarza.

Wydaje się jednak, że problemu, jak daleko można ufać wypowiedziom opartym na samowiedzy, nie da się rozwiązać w oparciu ani o osobiste przekonania poszczególnych psychologów, ani nawet o ogólne badania walidacyjne, korelujące te wypowiedzi w takim czy innym kryterium zewnętrznym. Jeśli nawet uzyskamy pewne statystycznie znaczne korelacje wyników inwentarza z kryterium, to taka globalna korelacja nic nie powie o tym, czy w danym, konkretnym wypadku możemy ufać autocharakterystykom badanego, czy nie. Jak widzieliśmy, wiarygodność wypowiedzi zależy też od postawy badanego względem badania. Ponadto zaś można przypuszczać, że nawet między dorosłymi, emocjonalnie dojrzałymi ludźmi zachodzą różnice indywidualne w ilości i dokładności samowiedzy, związane z zainteresowaniem własną osobą, różnym stopniem łatwości uczenia się itd. Jeśli istnieją takie różnice wiedzy o świecie otaczającym, to

nie widać powodu, dlaczego nie byłoby ich również w samowiedzy. O ile kwestię wiarygodności wypowiedzi inwentarza w zależności od aktualnej postawy badanego można rozwiązać, częściowo przynajmniej, przy pomocy skal kontrolnych, to zagadnienie różnic indywidualnych w ilości i jakości samowiedzy wymaga osobnych badań podstawowych. Badania takie mogłyby doprowadzić do wydzielenia różnych stopni samowiedzy u poszczególnych osób i wykrycia czynników, od których zależy znajomość siebie samego i na tej podstawie można by ocenić, jak dalece w poszczególnych przypadkach możemy używać wypowiedzi inwentarza jako wiarygodnych wskaźników cech osobowości.

6. Eksperymenty kliniczne

Jak już była wzmianka, dla celów diagnozy można posługiwać się również metodami eksperymentalnymi nie standaryzowanymi, lecz programowanymi dla danego, indywidualnego wypadku.

W ostatnich czasach mówi się o nich coraz częściej: w Związku Radzieckim (S.Ja. Rubinsztejn, 1962), w Wielkiej Brytanii czy Stanach Zjednoczonych (np. Bachrach, 1962). B.M.Shapiro z Londyńskiego Instytutu Psychiatrii poświęcił im nawet osobny artykuł (1957), przedstawiający zasady nie standaryzowanego eksperymentu klinicznego i podkreślający, że wobec trudności opracowywania testów i licznych źródeł błędu w badaniu testowym eksperyment kliniczny stanowi bardzo ważne narzędzie diagnostyki psy-

chologicznej. Według tego właśnie artykułu omówimy ogólną charakterystykę tej metody.

Według Shapiro, u podstaw eksperymentu klinicznego leży metodologiczne założenie, że określoną teorię, wyjaśniającą zachowanie indywidualnego pacjenta, można prowadzić przewidując na jej podstawie, jak się powinno zmienić jego zachowanie w pewnej, innej sytuacji. Inaczej mówiąc metoda ta opiera się zasadniczo na porównaniach intraindywidualnych: obserwując zachowanie badanego w określonej sytuacji A, psycholog wysuwa hipotezę (teorię) wyjaśniającą to zachowanie; na tej podstawie przewiduje, że - jeśli hipoteza jest słuszna, to w innej sytuacji B, badany powinien zachować się tak a tak, po czym stwarza w laboratorium model sytuacji B i stwierdza, czy jego przewidywanie się sprawdza. Sprawdzenie przewidywania jest zarazem weryfikacją hipotezy diagnostycznej.

Zgodnie z tym Shapiro wyróżnia w eksperymencie klinicznym trzy etapy: 1) wybór zachowania, które należy wyjaśnić, 2) konstrukcję hipotezy wyjaśniającej oraz 3) weryfikację hipotezy przy pomocy odpowiednio dobranej metody eksperymentalnej.

Można się zastanawiać czy do eksperymentu klinicznego, w ścisłym tego słowa znaczeniu należy zaliczyć wszystkie trzy fazy, czy tylko ostatnią. Jak była mowa (por. s.147), całe badanie diagnostyczne polega w istocie na stawianiu i weryfikowaniu hipotez psychologicznych, wy-

jaśniających zaburzenia zachowania, a weryfikacji tych hipotez można dokonywać również przy pomocy metod testowych. Istotą eksperymentu klinicznego były więc raczej specyficzny sposób weryfikowania hipotez diagnostycznych, mianowicie przez stosowanie metody programowanej indywidualnie dla danego przypadku. Niemniej trzymając się wywodów Shapiry omówimy kolejno wszystkie trzy wymienione przez niego fazy.

Punktem wyjścia dla eksperymentu klinicznego może być bądź to jakiś psychiatryczny objaw chorobowy, bądź pewien "anormalny" sposób zachowania przy rozwiązywaniu testu, bądź wreszcie zagadkowa rozbieżność między wynikami dwóch testów, niezgodna z teorią tych testów. Shapiro zwraca przy tym uwagę, że należy zawsze starannie sprawdzić, czy obrane za punkt wyjścia zjawisko jest rzeczywiście "anormalne" i wskazuje przykłady możliwych pomyłek. Jeden z nich dotyczy młodego mężczyzny o stosunkowo wysokim I.I w skali Wechslera, skierowanym przez lekarza na badanie psychologiczne z powodu podejrzenia o zaburzenia w czytaniu, ponieważ nie umiał streścić fragmentu artykułu przeczytanego w gazecie. W testach czytania ze zrozumieniem, przeznaczonych dla dzieci w wieku szkolnym, badany uzyskał również wynik bliski 0, co zdawało się potwierdzać podejrzenia o anormalności czytania. Gdy jednak te same testy dano dziewięciu zaawansowanym studentom psychologii, niektórzy z nich uzyskali wyniki równie złe jak

badany, tzn. okazało się, że trudności jego nie były "anormalne" (nawiasem mówiąc, przykład ten nie jest przekonywający i nasuwa raczej wątpliwość, co do wartości zastosowanych testów czytania).

Czasem fakt, który pozornie wskazuje "anormalność", może być po prostu artefaktem związanym z właściwościami stosowanych metod testowych. Na przykład Ingham stwierdził u ucznia, badanego z powodu niskich postępów szkolnych, rozbieżność w wynikach testu elementarnych uzdolnień umysłowych (Thurstone'a - Primary Mental Abilities Test) i testów Ravena (wyższe wyniki w teście Ravena). Ponieważ skala Thurstone'a jest rozwiązywana z ograniczeniem czasu, a test Ravena stosowano bez takiego ograniczenia, nasuwała się hipoteza, że słabe postępy ucznia mogą się wiązać u niego z powolnością myślenia. Aby upewnić się, Ingham przebadał skalą Thurstone'a i testem Ravena kolegów szkolnych badanego: okazało się, że i oni gorzej rozwiązują testy Thurstone'a. Przyczyną rozbieżności w obu testach była więc nie powolność badanego, ale fakt, że dla młodzieży angielskiej testy Thurstone'a są trudniejsze od testów Ravena. Autor zauważa też, że do badania przy pomocy eksperymentu klinicznego należy dobierać fakty węzłowe, których wyjaśnienie może okazać się istotne dla zrozumienia całokształtu zaburzeń występujących u badanego, a przy tym mieć znaczenie dla przywrócenia mu sprawności w ważnych dla niego dziedzinach. Na przykład stwierdzenie zaburzeń sprawności myślenia przestrzennego

jest ważne dla inżyniera, natomiast mniejszą wagę ma dla językoznawcy.

Omawiając konstruowanie hipotez wyjaśniających, Shapiro podkreśla doniosłość wiedzy z zakresu psychologii ogólnej, eksperymentalnej i klinicznej jako źródła hipotez. Wiadomości, jakimi rozporządza psychologia w dziedzinie myślenia, spostrzegania, uczenia się, stressu itd., nie były dotychczas systematycznie wyzyskiwane w diagnostyce klinicznej, ponieważ psychologowie kliniczni a priori uważali je, niesłusznie, za niemożliwe do zastosowania. Użyteczność ich jednak jest oczywista. Jeśli np. stwierdzamy u badanego anormalnie duże spowolnienie w miarę wzrostu trudności zadań testowych, można przypuszczać, że działa tu prawo Yerkesa - Dodsona, tzn, że pacjent znajduje się w stanie stressu, który przekracza jego optymalny poziom aktywizacji, a hipoteza ta stanowić może podstawę do zaprogramowania odpowiedniego eksperymentu klinicznego. Zaobserwowane zjawisko nieraz nasuwa kilka hipotez wyjaśniających. Nie zawsze są to hipotezy alternatywne, zachowanie bowiem jest z reguły uwarunkowane wieloczynnikowo; w każdym razie weryfikacja hipotez powinna iść od hipotez najprostszych, które dadzą się sprawdzić przy pomocy krótkich prób, do bardziej skomplikowanych, wymagających badań złożonych.

Metoda weryfikacji hipotez czyli - jak mówiliśmy - właściwy eksperyment kliniczny, może obejmować próby bardzo proste aż do długofalowych badań, połączonych z od-

dzielnymi badaniami kontrolnymi. Przytaczamy tu kilka przykładów cyt. przez Shapiro oraz Jonesa (Eysenck 1960, s.768), który współpracuje z Shapiro, reprezentuje ten sam kierunek metodologiczny i operuje mniej więcej tym samym materiałem faktów. Jednym z najprostszych eksperymentów tego typu jest przeprowadzone przez Payne'a badanie mężczyzny chorego na porażenie postępujące. Pacjent uzyskał w teście Ravena wynik wskazujący na defekt inteligencji, który na tle całej historii wypadku pozwalał wnosić o poważnej deterioracji intelektualnej. Jednakże Payne zauważył, że w czasie rozwiązywania testu badany czasem pracował zupełnie poprawnie, a niekiedy wykazywał daleko idące rozkojarzenie. Na tej podstawie postawił hipotezę, że badany wykazuje nie tyle trwały defekt intelektualny, ile fluktuację sprawności umysłowej. Tę hipotezę sprawdził powtarzając badanie testem Ravena, ale w zmienionej postaci, mianowicie kazał badanemu głośno myśleć przy rozwiązywaniu zadań. Skoro tylko widać było, że pojawia się u niego rozkojarzenie, przerywał badanie i rozmawiał z nim na inne tematy aż myślenie pacjenta odzyskiwało zborność, wtedy ponownie polecał mu przystąpić do pracy. Przerobiwszy w ten sposób cały test pacjent uzyskał wynik lepszy niż poprzednio, co potwierdziło hipotezę fluktuacji i mogło stanowić punkt wyjścia dla dalszych badań, mających na celu wyjaśnienie przyczyn tego zjawiska i - ewentualnie - ustalenie sposobu korygowania zaburzenia.

Bardziej skomplikowany jest eksperyment Bartleta i Shapiro (1966) wspominany przez Shapiro, ale znacznie dokładniej opisany w rozdziale Jonesa (Eysenck,1960,s.768). Badanie dotyczyło 10-letniego ucznia szkolnego z ostrymi objawami patologicznymi, obejmującymi reakcje paranoidalne, ataki gniewu, samotnictwo, niewstrzymywanie kału i moczu. Badany wykazał inteligencję normalną, choć nieco poniżej przeciętnej, mimo to jednak jego postępy szkolne - mimo specjalnych zabiegów ze strony kompetentnych pedagogów - były bardzo słabe, szczególnie w dziedzinie czytania. Trudności w czytaniu miały w tym wypadku znaczenie węzłowe, ponieważ pacjent bardzo chciał nauczyć się czytać, ale w sytuacjach szkolnych przejawiał silny lęk. Dlatego też na tym objawie skoncentrowano się w badaniu psychologicznym.

Błędy, jakie popełniał badany przy nazywaniu poszczególnych liter alfabetu, nasunęły najpierw przypuszczenie, że zaburzenie dotyczy odróżniania wzrokowego i słuchowego, jednakże specjalne próby na odróżnianie nie wykazały zakłóceń. Wysunięto wówczas hipotezę, że zaburzenie czytania jest uwarunkowane dysfunkcją pamięci, przy czym zwrócono uwagę na dwie możliwości: mogło iść o zakłócenie albo funkcji uczenia się, albo przechowania. Hipotezę tę weryfikowano modelując w laboratorium sytuację czytania. Badany uczył się serii par, z których każda składała się ze znaków - (np. -) oraz wymawianej przez eksperymentatora zgłoski bezsensownej (np. REZ). Trzy szeregi tak skon-

struowanych par eksponowano aż do wyuczenia się ich na pamięć, a w następnych dniach powtarzano tak długo, aż badany umiał od razu, bez potrzeby dalszego uczenia się, do każdego znaku podać odpowiednią zgłoskę. Po pięciu dniach przerwy badano przechowanie wyuczonego materiału. Ten sam eksperyment przeprowadzono równolegle na osobie kontrolnej, ucznia w tym samym wieku i o takim samym poziomie inteligencji, ale nie wykazującym trudności w czytaniu. Wyniki przedstawiały się następująco: osoba kontrolna wykazała wyraźną przewagę nad pacjentem w uczeniu się materiału w pierwszym dniu, (tzn. potrzebowała wyraźnie mniej prób na wyuczenie się), przewaga ta utrzymywała się, choć w mniejszym stopniu w następnym dniu uczenia się, ale w następnych dniach wyniki obu badanych wyrównały się. Nie stwierdzono też większych różnic między obiema osobami badanymi w przechowaniu.

Wynik ten wskazał, że zaburzenia w nauce czytania wiązały się u pacjenta z trudnościami uczenia się, a nie przechowania, przy czym koncentrowały się w początkowej fazie uczenia się. Wynik ten zweryfikowano dalej, poddając badaniom grupę 10 dzieci opóźnionych w nauce, mianowicie przeprowadzono z nimi jednorazową próbę uczenia się par znaków graficznych i zgłosek (tzn. tę, w której badany wykazał największe zaburzenia w stosunku do osoby kontrolnej). Po obliczeniu wyników okazało się, że badana grupa rozpadła się wyraźnie na dwie, jedną uczącą się

szybko, analogicznie jak osoba kontrolna w badaniu zasadniczym i drugą - uczącą się wolno, tak jak pacjent. Konfrontacja z wynikami nauczania wykazała, że wszystkie dzieci z grupy drugiej miały trudności w czytaniu. Dalszy ciąg badania miał na celu znalezienie najlepszej metody korektywnej w stosunku do pacjenta. Pominiemy opis tych badań, poniewaz to co zostało powiedziane, wystarczająco wyraźnie pokazuje zastosowanie złożonej,długofalowej procedury kliniczno-eksperymentalnej do diagnozy klinicznej.

Eksperyment kliniczny może polegać również na próbie manipulowania warunkami celem ustalenia środowiskowych czynników wywołujących anormalne reakcje pacjenta.Tak np. w kilku badaniach udało się wykazać środowiskowe uwarunkowanie ataków astmy przez działanie na pacjentów bodźcami emocjonalnymi, odtworzonymi na podstawie historii choroby (Dekker i Groen, 1956; Dekker, Pelsner i Groen, 1957, por. Eysenck 1960, s.477). Podobny eksperyment przeprowadzony przez Metcalfe'a (1956, por. Eysenck, 1960, s.771) nie dał jednak wyników: mimo że analiza historii choroby wykazała u pacjenta wysoką i statystycznie istotną zależność między atakami astmy i kontaktami z matką, oddziaływanie w laboratorium bodźcami związanymi z matką nie wywołało ataków astmy.

Nie będziemy już mnożyć więcej przykładów na stosowanie eksperymentu klinicznego, natomiast kończąc omawianie tej metody, wypada podkreślić jej zalety i wady. Do zalet zaliczymy przede wszystkim elastyczność - eksperyment

kliniczny nie wymaga uprzedniej standaryzacji i daje się zastosować do każdego pacjenta indywidualnie. Biorąc pod uwagę, że w Polsce nie posiadamy własnych testów opracowanych dla naszej populacji, należy to uważać za dużą zaletę tej metody. Jak wynika z przytoczonych przykładów, eksperyment kliniczny może operować specjalnie dobranym materiałem podniet (eksperyment Bartleta i Shapiro) albo polegać na odpowiednio zaprogramowanym manipulowaniu materiałem testowym (eksperyment Payne'a), wskutek czego nadaje się on zarówno do zdobywania danych nowych, których testy nie dostarczają, jak też do uzupełniania wyników badań testowych.

Drugą zaletą tej metody jest to, że umożliwia ona psychologowi pełne wykorzystanie jego fachowego przygotowania, zmuszając go do "klinicznego myślenia". O ile standaryzowane eksperymenty opierają się na pewnej z góry założonej teorii (np. testy Thurstone'a na teorii elementarnych zdolności, wykrytych uprzednio przy pomocy analizy czynnikowej, test Rorschacha na swoistej teorii osobowości, inwentarz MPI Eysencka na jego teorii "wymiarów osobowości" itd.), eksperyment kliniczny nie zakłada żadnej teorii, ale domaga się od psychologa stworzenia, a potem zweryfikowania takiej hipotezy, która najlepiej wyjaśnia zaobserwowane u pacjenta zaburzenia. Psycholog musi więc tu nie tylko "stosować" gotowy test, ale myśleć twórczo, wykorzystując całą swą wiedzę teoretyczną i metodologiczną; jak słusznie podkreśla Shapiro, bardzo ważną

rolę odgrywa tu wykształcenie psychologa w dziedzinie psychologii ogólnej i klinicznej. Na przykładzie eksperymentu Bartleta i Shapiro widzieliśmy, jak dobre usługi w klinice mogą oddać hipotezy sformułowane w terminach psychologii ogólnej (uczenie się i przechowywanie). Eksperyment kliniczny kładzie w ten sposób pomost pomiędzy praktyką psychologa a jego wiedzą o mechanizmie kierującym zachowaniem. Pomost taki jest bardzo potrzebny, ponieważ dotychczasowa przepaść między psychologią ogólną i psychologią osobowości jest niewątpliwie sztuczna i nawet szkodliwa, zarówno dla rozwoju jednolitej teorii psychologicznej(por. Allport G., w: David i Bracken, 1957, s.29), jak też dla morale samych psychologów. Wystarczy wspomnieć, że studenci psychologii jeszcze nieraz zastanawiają się nad tym, po co im każą na studiach uczyć się psychologii ogólnej i rozwojowej, skoro w praktycznej działalności wystarcza im znać testy.

Niewątpliwie jednak eksperyment kliniczny ma również swoje niedogodności. Najważniejszą z nich jest to, że często jest on długotrwały i czasochłonny. Ma to swoje znaczenie szczególnie tam, gdzie psycholog - jak na dziecięcym oddziale Przychodni Zdrowia Psychicznego - musi załatwiać dużo badanych, a przy tym ograniczony jest zasadniczo do badania jednorazowego. Znacznie łatwiej stosować tę metodę w szpitalu czy w więzieniu, gdzie badanego ma się do dyspozycji przez dłuższy czas. Są jednak również krótkie próby kliniczne, a umiejętność programowania ich i

przeprowadzania w razie potrzeby powinna niewątpliwie wchodzić w skład podstawowego przygotowania każdego psychologa klinicznego.

7. Synteza wyników

Po ukończeniu badania diagnostycznego zadaniem psychologa jest zsyntetyzowanie wyników w jednolitą całość, opis wypadku i - najczęściej-sporządzenie orzeczenia. Inaczej mówiąc, psycholog musi ułożyć i przedstawić cały materiał faktów tak, aby uzasadniał on jego diagnozę, pokazywał jaki u badanego występują zaburzenia,jakim zakłóceniom uległ mechanizm regulujący, o ile zakłócenie to jest związane z sytuacją, a o ile płynie z defektów osobowości i czym owe defekty mogą być uwarunkowane. Synteza taka nie jest łatwa ze względu na to, że metody diagnostyczne są oparte na różnych założeniach teoretycznych, a w rezultacie ich wyniki formułuje się w bardzo różnorodnej terminologii. Wystarczy wspomnieć o tym, że wyniki TAT są formułowane w terminach potrzeb i postaw, jakie osobnik zajmuje wobec "nacisków" otoczenia, wyniki testu Rorschacha - w terminach bogactwa życia wewnętrznego, ekstrawersji i introwersji itd., że "introwersja" znaczy tu jednak coś innego niż w kwestionariuszu Eysencka, wyniki MMPI ujmuje się w terminologii zespołów psychiatrycznych, a wyniki eksperymentów klinicznych w terminach psychologii ogólnej. Jeśli nawet psycholog na podstawie przeprowadzonych badań ma urobiony pogląd na istotę zaburzeń

występujących w danym wypadku, przedstawienie tak różnorodnego materiału faktów w jednolitej formie stanowi niemałe zadanie.

Syntetyzując wyniki można iść kilkoma różnymi drogami. Po pierwsze - można użyć jakiegoś schematu czysto empirycznego, w którym staramy się zestawić uzyskane dane, nie kusząc się o ich jednolitość teoretyczną. Taki schemat przedstawia np. M.R.Harrower w swej pracy "Zmiany i rozwój osobowości" (1958). "Arkusz zbiorczy", opracowany na tej podstawie przez W.Sanockiego przy konsultacji pracowników naukowych Katedry Psychologii Klinicznej UAM w Poznaniu, ujmuje wyniki badań testowych łącznie z obserwacją zachowania w czasie rozwiązywania zadań w 10 pięciostopniowych skalach, skala jedenasta zawiera "ocenę ogólną", również w skali pięciostopniowej (por. ryc.9). Jak widać, arkusz zbiorczy podsumowuje wyniki kilku testów typowo stosowanych w badaniach klinicznych: skali Wechslera, testu Rorschacha, próby zadań niedokończonych, TAT, a także testu Szondiego, który bywa używany czasami przez psychologów klinicznych. Wyniki testów zostały sprowadzone do wspólnego mianownika przez zaszeregowanie na jednolitych skalach ocen, mianowicie ogólnej oceny zachowania w czasie badania, oceny inteligencji, produktywności, związku z rzeczywistością, treści myśli, wyobraźni twórczej, napędu, jakości uczuć, postaw społecznych oraz lęku. Jak widać, zastosowanie to nie rości sobie pretensji do jakiejś ścisłości teoretycz-

iwersyt
w P
Katedra

Nazwisko

1	B. p	
1	Wr	

..iwersytet im. A. Mickiewicza
w POZNANIU
Katedra Psychologii Klinicznej

Wydanie eksperymentalne
wyłącznie do celów badawczych

ARKUSZ ZBIORCZY
WYNIKÓW BADANIA PSYCHOLOGICZNEGO

na podstawie M.R. Harrower
„Personality Change and Development"
opr. W. Sanocki

Nazwisko i imię : ....

Zachowanie podczas badania

1	B. podniecony / Wrogi	2	Napięty / Skrępowany	3	Obojętny	4	Nastawiony odpowiednio	5	Swobodny i aktywnie zainteresowany

Iloraz inteligencji (W-B)

1	Poniżej przeciętnej	2	Przeciętny	3	Powyżej przeciętnej	4	Wysoki	5	Bardzo wysoki

Produktywność (Rorschach)

1	Uboga	2	Obniżona / Kompulsywna	3	Przeciętna	4	Poniżej przeciętnej	5	Bogata i dobrze uporządkowana

Związek z rzeczywistością

1	Luźny	2	Pomyłki przy dobrej formie	3	Brak istotnych zaburzeń	4	Zasadniczo trwały	5	Bardzo dobry

Treść myśli (Rorschach PZN)

1	Dziwaczna / Stereotypie	2	Skłonność do treści dziwacznych / Skłonności do stereotypii	3	Odpowiednia	4	Skłonność do oryginalności	5	Wybitna oryginalność

Wyobraźnia twórcza (Rorschach)

1	Brak / Ucieczka w fantazję	2	Obniżona	3	Przeciętna	4	Żywa	5	Aktywna i nieprzeszkadzająca

Napęd (Rorschach Szondi PZN)

1	Agresja nie do opanowania / Paraliżująca bierność	2	Agresywność / Obniżony napęd	3	Wystarczający (adekwatny)	4	W pełni wystarczający	5.	Wystarczający i wyjątkowo dobrze ukierunkowany

Uczucia (Rorschach Szondi)

1	Wybuchowe / Brak	2	Niekontrolowane / Zaznaczone lecz stłumione	3	Skłonność do uzewnętrzniania uczuć	4	Kontaktowość emocjonalna	5	Duża kontaktowość emocjonalna

Postawy społeczne (TAT)

1	Niekontrolowane	2	Zawężone lub zaniedbane	3	Odpowiednie	4	Dobrze uregulowane	5	Swobodne i plastyczne

Lęk

1	Dezorganizujący	2	Wyraźny	3	Umiarkowany	4	Słabo zaznaczony	5	Brak widocznych objawów

Ocena ogólna

1	Wyraźne zaburzenia osobowości	2	Osobowość niezupełnie dobrze funkcjonująca	3	Osobowość adekwatna	4	Osobowość lepiej niż przeciętnie funkcjonująca	5	Wyjątkowo dobrze zintegrowana osobowość

nej. Można np. pytać, dlaczego wyodrębniono "lęk" od "uczuć", skoro lęk to również uczucie, czym się różni skala "napędu" od skali "uczuć" itd. Wartość arkusza polega jednak na tym, że pozwala on w sposób porównywalny przedstawić cechy zbadane rozmaitymi metodami i w ten sposób uzyskać syntetyczną sylwetkę psychiczną czy "profil" badanego.

Inny sposób polega na tym, że ustawia się wyniki badania w ramach jakiejś teorii osobowości, tłumacząc wyniki różnych metod na język tej teorii. Może to być np. teoria 12-tu czynników Cattella albo teoria trzech "wymiarów" osobowości Eysencka, teoria Rorschacha, a w niektórych wypadkach, kiedy na pierwszy plan w zaburzeniach wysuwa się dążenie do wzmocnienia poczucia własnej wartości, można posłużyć się teorią Adlera itd.

Wybór teorii osobowości, w ramach której dokonujemy syntezy wyników, zależy od wypadku i od zasobu wiedzy, jaką rozporządza psycholog kliniczny w zakresie danej teorii.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na schemat osobowości, przedstawiony w rozdz.II (por. s.69 , W praktyce autora schemat ten oddawał dobre usługi przy syntetyzowaniu wyników, ponadto zaś umożliwia on również naoczne przedstawienie hipotez etiologicznych, odróżniając doświadczenie osobnika jako produkt dotychczasowych interakcji ze środowiskiem od uwarunkowań przez cechy organizmu i uwidaczniając stosunki, jakie zachodzą pomiędzy tymi wszyst-

kimi czynnikami, które należy brać pod uwagę przy stosowaniu diagnozy.

Uzyskaną syntezę psycholog zwykle formułuje bądź to w postaci orzeczenia, bądź też przynajmniej "wyniku badania", wpisywanego do karty choroby pacjenta czy do akt więźnia. Orzeczenia sporządza się dla władz zewnętrznych, np. dla sądu, szkoły; obserwacyjno-rozdzielcze rozdziały w więzieniach wojewódzkich sporządzają orzeczenia dla więzień, do których przesyła się danego osobnika po wyroku celem odbycia kary itd., wyniki badania natomiast mają charakter wewnętrzny, służą lekarzowi prowadzącemu dany wypadek i samemu psychologowi w jego dalszej pracy z pacjentem. Różnica między nimi jest stosunkowo niewielka, i zasadniczo dobrze jest, jeśli psycholog wyniki badania sporządza równie starannie i obszernie jak orzeczenia.

Wyniki badania składają się z dwóch części, z historii wypadku opartej na wywiadach i rozmowie oraz z danych na podstawie obserwacji i metod eksperymentalnych. Historia wypadku powinna obejmować cały, możliwie dokładnie przedstawiony, psychologiczny życiorys badanego, tj. historię jego rozwoju w środowisku łącznie z danymi o ewentualnych psychicznych i nerwowych chorobach w rodzinie, z historią ciąży matki i dziejami indywidualnymi aż do chwili obecnej. Akcent musi leżeć na wszystkich czynnikach, które mogą ponosić odpowiedzialność za obecny stan badanego, zarówno czynnikach psychologicznych (wychowanie, szkoła, praca zawodowa, towarzystwo itd.) jak też

ewentualnych czynnikach organicznych (przebyte choroby, w tym schorzenia ośrodkowego układu nerwowego, wypadki, katastrofy i inne). Życiorys powinien być obszerny i napisany jasnym językiem, tak aby był zrozumiały również dla lekarza, który może nie znać fachowej terminologii psychologicznej, a także dla sędziego, wychowawcy, funkcjonariusza więziennego itd.

Druga część wyników badania zawiera psychologiczny opis badanego z wyszczególnieniem występujących u niego zaburzeń zachowania i ich mechanizmu. Zwykle wymienia się tutaj stosowane metody badania, jednakże należy przestrzec przed używaniem w opisie badanego skrótowych określeń, np. takich jak "iloraz inteligencji werbalnej w skali Wechslera jest wyższy od ilorazu inteligencji bezsłownej". W orzeczeniu czy w wyniku badania należy podać nie opis rezultatu testu, ale jego psychologiczną interpretację (np. operacje myślowe wykonywane na materiale werbalnym są u badanego rozwinięte lepiej niż myślenie percepcyjne co wskazuje na ...). Należy pamiętać, że wynik badania czy orzeczenia jest przeznaczony również dla niepsychologów, którzy nie znają często metod testowych i którym zakomunikowanie surowych wyników bez ich interpretacji psychologicznej niewiele może dać.

Trzecia część wyników badania zawiera właściwe rozpoznanie, tj. krótkie i zwięzłe określenie zaburzeń mechanizmu regulacyjnego, leżącego u podstaw zaobserwowanych zaburzeń zachowania i ich uwarunkowania przez czynniki

psychologiczne oraz, ewentualnie, przez możliwe czynniki organiczne.

Wreszcie w czwartej części wymienia się projektowane metody korektywne, porady wychowawcze dla rodziców czy szkoły itd.

Nieco inną postać przybiera wynik badania wtedy, gdy psycholog ma nie stawiać po prostu diagnozę zaburzeń, lecz odpowiedzieć na pewne określone diagnostyczne pytanie, które stawia mu sąd jako biegłemu, czy lekarz prowadzący dany wypadek. W tym wypadku rozpoznanie powinno zawierać odpowiedź na pytanie i jej zwięzłe uzasadnienie, podsumowujące uzyskane wyniki. W orzeczeniu dla sądu nie podaje się też, rzecz jasna, wniosków co do możliwości stosowania zabiegów psychokorektywnysh.

Składając do teczki pacjenta (historii choroby) kopię orzeczenia czy wynik badania, należy dołączyć całą psychologiczną dokumentację, tj. protokoły badań, wypełnione przez badanego kwestionariusze, wykonane rysunki itd. Musimy pamiętać o tym, aby kliniczne materiały były przygotowane w sposób możliwie kompletny i staranny i nadawały się do wykorzystania w pracy naukowej, którą w ramach swych możliwości czasowych każdy psycholog kliniczny winien prowadzić.

V. METODY PSYCHOKOREKTYWNE

1. P o j ę c i e m e t o d y p s y c h o k o r e k t y w n e j

Diagnoza zaburzeń zachowania, zarówno tych, które są związane z patologią psychiki, jak też i takich, które występują u ludzi zdrowych, prowadzi do zastosowania odpowiednich zabiegów korektywnych, mających na celu usunięcie, a przynajmniej złagodzenie zaburzenia. Do zabiegów korektywnych należą oddziaływania typowo "medyczne", takie jak podawanie odpowiednich leków, fizykoterapia, leczenie wstrząsowe, czy zabieg neurochirurgiczny, tak samo jak "psychologiczne", określane takimi terminami jak "reedukacja", "rehabilitacja", "resocjalizacja","psychoterapia" czy "terapia pracą". Jak wiadomo, nie łatwo przeprowadzić granicę pomiędzy "leczeniem" czy "terapią" jako domeną lekarza a metodami "psychologicznymi", tym bardziej, że w samych ich nazwach występuje termin "terapia" (np. psychoterapia)[18]. Jak wiadomo rodzą się stąd liczne spory kompetencyjne. Są lekarze, którzy twierdzą, że wszelkie formy terapii, a więc i terapii psychologicznej, są ich właściwą domeną działania i nie powin-

ny być powierzane "laikom" bez przygotowania medycznego (Bilikiewicz T., 1964, s.37-8), z drugiej strony psychologowie podkreślają, że terapia psychologiczna jest taką formą oddziaływania, do której studium medycyny nie daje żadnego przygotowania, konieczna zaś jest znajomość psychologii, tak że raczej lekarz jest tu "laikiem" niż wykwalifikowany psycholog kliniczny, z dobrą znajomością psychopatologii, odpowiednich technik i z wystarczającym doświadczeniem praktycznym.

Nie wdając się w dyskusję, spróbujmy najpierw określić, co to są "metody psychokorektywne" i czym się różnią od "leczenia" stosowanego w ogólnej praktyce lekarskiej. Zaliczymy do nich mianowicie te wszystkie zabiegi, które działają na ośrodkowy układ nerwowy na drodze "psychologicznej", przede wszystkim przez eksteroreceptory (por. rozdz.III, 1, s.74). "Leczeniem" natomiast będą takie zabiegi, które działają na drodze "organicznej", a więc bezpośrednio na tkankę nerwową mózgu, na chemiczny skład krwi, te które uruchamiają autonomiczne mechanizmy termoregulacyjne (hydroterapia) itp.

Tak rozumiane metody psychokorektywne obejmują zarówno wszelkie formy "psychoterapii", przy której za pomocą manipulowania sytuacjami np. stosunkami interpersonalnymi między badanym i psychoterapeutą, uruchamia się ośrodkowe mechanizmy prowadzące w rezultacie do korektury zaburzenia, ale także organizowanie życia chorego przez wdrażanie go do określonej pracy, stwarzanie mu możliwości roz-

rywki itp. oraz długofalowe zabiegi reedukacyjne, stosowane w wychowaniu tzw. psychopatów czy w resocjalizacji przestępców.

Trudniej jest podać jakiś systematyczny podział metod psychokorektywnych. Terminy stosowane dziś, takie jak psychoterapia, rehabilitacja, reedukacja itp. są mętne i niejasne. Niełatwo np. powiedzieć czy "psychoterapię" należy uważać za formę reedukacji, czy za jakiś odrębny od niej zabieg, skoro wiadomo dziś, że w istocie u podstaw wszelkiej psychoterapii leży uczenie się (Shoben, w: Eysenck, 1960 b, s.52). Równie kłopotliwy jest problem, czy tzw. terapię zachowania opartą na teorii uczenia się uważać - jak to czyni Eysenck - za zabieg zupełnie inny od psychoterapii (Eysenck, 1960 b, s.11), czy też widzieć w niej pewną swoistą formę psychoterapii. Można by szukać rozgraniczenia tych terminów na podstawie tego, do jakiego celu stosuje się dany zabieg. Tak np. wydawałoby się, że o różnych rodzajach psychologicznej "terapii" (psychoterapia, terapia zachowania, terapia pracą) można mówić tylko tam, gdzie celem zabiegu jest usunięcie czy złagodzenie określonych objawów chorobowych; "rehabilitacja" oznaczałaby te zabiegi, które stosuje się do osób z trwałym defektem ośrodkowym, defektem narządów ruchu czy zmysłów, aby umożliwić osobnikowi pomimo wykazywanego przezeń defektu, możliwie normalne funkcjonowanie w społeczeństwie, tam zaś gdzie mamy do czynienia z człowiekiem i fizycznie i psychologicznie normalnym, ale o oso-

bowości wypaczonej przez środowisko, trzeba by mówić o "reedukacji". Jednym z działów reedukacji byłaby "resocjalizacja", czyli wtórne uspołecznienie osób asocjalnych. Kłopot jednak w tym, że mechanizmy psychologiczne, wykorzystywane do jednego z tych celów, czynne są również tam, gdzie zabieg korektywny przeprowadzamy w innym celu. Na przykład psychologowie rehabilitacyjni twierdzą, że w skład ich działań wchodzi psychoterapia inwalidów i terapia zajęciowa (por. Hulek A. 1961, s.38-9), mówi się nawet o "psychoterapii" przestępców w toku ich resocjalizacji. Wydaje się, że mechanizmy uruchamiane w toku psychoterapii u chorych psychicznie działają również wtedy, gdy odpowiedni zabieg stosujemy do ludzi psychicznie zdrowych, inwalidów czy więźniów i stąd takie szerokie posługiwanie się terminem "psychoterapia".

Ponieważ omówienie całokształtu metod psychokorektywnych jest w obecnym opracowaniu i tak niemożliwe, problem ich podziału pozostawimy nierozwiązany, sygnalizując tylko jego istnienie, a ograniczymy się do omówienia tych zabiegów, które określa się jako szeroko rozumianą "psychoterapię", tzn. oddziaływanie na osoby z zaburzeniami psychicznymi za pomocą korektywnych sytuacji.

2. Podział technik psychoterapeutycznych

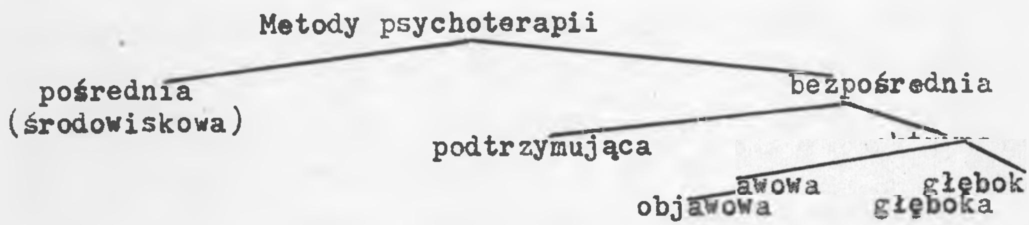
Techniki psychoterapeutyczne omawia się nieraz pod etykietą nazwisk tych terapeutów, którzy je wprowadzili i

efektywnie stosowali. Mówi się np. o "kueizmie", pewnej postaci autosugestii, wprowadzonej przez francuskiego aptekarza, Emila Coué, o "psychoterapii niekierowanej" Rogersa, o psychoanalizie Freuda itd. Przedstawiamy tu pewien podział bardziej systematyczny. Przede wszystkim biorąc pod uwagę, że cały szereg zaburzeń zachowania ma swoje źródło, przynajmniej częściowo, w trudnych sytuacjach środowiskowych, wyróżnimy grupę psychoterapii p o ś r e d n i e j, która polega na oddziaływaniu nie wprost na badanego, lecz na jego środowisko oraz terapii b e z p o ś r e d n i e j, przy której oddziałuje się na samego osobnika, wymagającego korektury zachowania. Do terapii pośredniej zaliczymy więc np. porady wychowawcze udzielane rodzicom dziecka nerwicowego, natomiast korektywną rozmowę z samym dzieckiem trzeba już uważać za formę terapii bezpośredniej.

W terapii bezpośredniej można wyróżnić jeszcze dalsze grupy. Mianowicie wydzielimy tu zabiegi mające na celu aktywną ingerencję bądź to w mechanizm wywołujący objawy choroby celem ich usunięcia, bądź też w samą, zaburzoną osobowość chorego oraz formę drugą - o celu znacznie skromniejszym, mianowicie zmierzającą tylko do podtrzymywania wiary w siebie, usunięcie stanu zrozpaczenia, beznadziejności itd. Nazwiemy je psychoterapią a k t y w n ą i p o d t r z y m u j ą c ą (supportive). I wreszcie w psychoterapii aktywnej odgraniczymy od siebie terapię powierzchowną, o b j a w o w ą,

w której chodzi o usunięcie objawów bez próby zmieniania podstawowej osobowości jednostki oraz terapię g ł ę b o k ą, nastawioną właśnie na reorganizację jej osobowości, zmianę wadliwych postaw wobec otoczenia, nierealnych celów, likwidację szkodliwych mechanizmów obronnych, itd.

Klasyfikację tę można przedstawić na następującym schemacie:



ryc.10

3. T e c h n i k i p o ś r e d n i e

Przy technikach pośrednich zabiegi psychologa są nastawione na racjonalne, z psychologicznego punktu widzenia, zorganizowanie środowiska osoby chorej. Racjonalne - tzn. takie, przy którym nie działają na niego z zewnątrz szkodliwe stressory sytuacyjne, a przeciwnie - chory jest poddany sytuacjom, mającym na niego wpływ pozytywny.

Najczęstszą formą oddziaływania na środowisko społeczne są porady wychowawcze udzielane rodzicom dzieci nerwicowych czy też wykazującym inne zaburzenia zachowania. Pracę tę wykonuje zwykle psycholog zatrudniony na młodzieżowym oddziale Poradni Zdrowia Psychicznego lub w szpitalu

czy sanatorium psychiatrycznym np. przy wypisywaniu dziecka z zakładu. Analiza błędów wychowawczych, jakie z reguły spotyka się w rodzinach dzieci nerwowych (por. np. Szymańska Z., 1955) nie jest sprawą łatwą i wymaga dużego taktu i umiejętnego popularyzowania wiadomości z psychologii wychowawczej, tak aby one były zrozumiałe na poziomie wykształcenia ojca czy matki. Nie trudno zrazić rodziców nieostrożną krytyką - bo przecież zarzuca się im, że to ich postępowanie ponosi, choćby nawet nieumyślną, winę za zaburzenia występujące u ich dziecka - jak też podać "recepty", które dla nich są albo niezrozumiałe, albo z tych czy innych powodów nie do przyjęcia. Jeśli psycholog nie przekona ich, a przeciwnie zrazi, może liczyć się z tym, że jego porady nie zostaną zastosowane albo też będą stosowane tak, aby pokazać, że to rodzice, a nie psycholog mieli rację, a dziecko jest chore z całkiem innego powodu. Będą zresztą i takie wypadki, w których rodzice niezależnie od wysiłku psychologa przekonać się nie dadzą i będą uparcie nadal popełniali te same błędy. Zachodzi wtedy konieczność długotrwałej zmiany środowiska, np. przeniesienie dziecka do dalszej rodziny, do sanatorium, czy nawet w wypadkach drastycznych - wniosku o odebranie rodzicom władzy rodzicielskiej.

Innym problemem z tego samego zakresu jest organizacja życia pacjenta w szpitalu psychiatrycznym czy w sanatorium dla nerwowo chorych. Jeśli nawet bezpowrotnie

minęły czasy, w których szpitale psychiatryczne były organizowane na wzór więzień, a nawet gorzej niż więzienia (por. Bilikiewicz, 1957, s.22 nast., Stafford - Clark, 1952, s.39-45), wiele jest jeszcze do zrobienia, aby środowisko szpitalne było nie tylko miejscem, w którym chory jest zabezpieczony przed zrobieniem krzywdy sobie czy komuś z otoczenia i otrzymuje przepisane leczenie, lecz także źródłem sytuacji działającej pozytywnie z psychologicznego punktu widzenia. Powstają tu takie problemy jak zagadnienie rozrywek dostosowanych do stanu chorego, świetlic i klubów dla chorych psychicznie, właściwego traktowania chorych przez personel pielęgniarski, stwarzającego odpowiednią atmosferę psychiczną na oddziale, nawet samych ozdób ścian, ich koloru itd., co zlikwidowałoby monotonię i dało ośrodkowemu układowi nerwowemu dostateczną ilość informacji zmysłowych, niezbędnych do jego normalnego funkcjonowania (por. s.105).

Sprawy te są obecnie przedmiotem wielu eksperymentów i badań, w niektórych szpitalach brytyjskich próbuje się - podobno z dobrym skutkiem - przeciwdziałać tradycyjnemu schematowi "odgórnej" struktury administracji typu: lekarz - personel pielęgniarski - chorzy, przy którym istnieje jednokierunkowa droga oddziaływania, mianowicie od góry w dół, natomiast pielęgniarze nie mają możności oddziaływania na lekarzy, a chorzy, którzy stoją na samym dole tej hierarchii są tylko przedmiotem oddziaływań ze strony innych. Usiłuje się wprowadzić tygodniowe konfe-

rencje całego personelu leczącego, wyższego i niższego razem z chorymi, na których można stawiać wszelkie pytania i dyskutować wszelkie problemy krytyczne. W tej atmosferze, w której chory staje się znów podmiotem pewnych działań społecznych, uzyskuje głos we własnych sprawach i sprawach całego oddziału, leczenie ma przebiegać znacznie sprawniej i efektywnie (por. Martin D.W., 1962).

Wydaje się, że organizacja szpitali psychiatrycznych zmierza w coraz wyższym stopniu do tego, aby stwarzać chorym psychicznie warunki zbliżone do życia w normalnym środowisku społecznym, z możliwością pracy, rozrywek, brania udziału w życiu zespołu, decydowania - w miarę możliwości i stanu chorego - o sobie samym, zakładając, chyba słusznie, że i chory psychicznie pozostaje istotą społeczną, a traktowanie go jako indywidualność i wciąganie do życia społecznego ma dla niego podstawowe znaczenie lecznicze. Jest to dalszy krok na drodze, którą pokazał Pinel, zdejmując łańcuchy z chorych psychicznie: obecnie idzie o przejście od patrzenia na nich jako na "wypadki" schizofrenii, depresji czy paranoi, do dostrzegania oddzielnych osobowości, które wymagają i odpowiednio zróżnicowanego podejścia i włączania w życie społeczne i towarzyskie.

4. Psychoterapia powierzchowna

a) Psychoterapia podtrzymująca

Ta forma psychoterapii przybiera z reguły charakter werbalnych oddziaływań, mających na celu pocieszenie chorego, podtrzymanie wiary we własne siły, usunięcie ostrych stanów przygnębienia, związanych z trudną sytuacją itd., nie idzie tu natomiast o usunięcie objawów ani o zmianę określonych trwałych błędnych postaw czy przekonań pacjenta.

Psychoterapię podtrzymującą stosuje się jako samodzielną jednostkę korektywną tylko w nielicznych wypadkach. Przykładowo wymienimy tu zastosowanie jej do ludzi, którzy zasadniczo nie wykazują wyraźnych defektów osobowości, a tylko ulegli pewnemu chwilowemu rozstrojowi i załamaniu w związku z jakąś wyjątkowo trudną sytuacją, w jakiej się znaleźli. Umiejętne podtrzymanie wiary w siebie, rozmowa w życzliwej atmosferze, to czasem wszystko, czego trzeba, aby człowiek nabrał odwagi i z nowym optymizmem wrócił do swoich problemów. Psychoterapię podtrzymującą stosuje się jako jedyną formę oddziaływania również u ludzi starych, u których nie ma nadziei na zmianę wadliwych postaw. Normalnie ta forma psychoterapii stanowi wstęp do dalszych zabiegów albo wchodzi w ich skład jako jeden element.

b) Odreagowanie napięć

Jednym z czynników wywołujących zaburzenia zachowania się - jak o tym była mowa poprzednio (s.88) - jest utrzymujące się i obciążające ośrodkowy układ nerwowy napięcia emocjonalne, związane ze stressowymi sytuacjami, w których osobnik bądź to znajduje się aktualnie, bądź też znajdował się kiedyś i teraz jeszcze pozostaje pod ich wpływem. Mogą to być np. krzywdy, jakich doznał od innych albo wstrząsające zdarzenia, których był świadkiem itp. Technika odreagowania takich napięć została odkryta przez Breuera i Freuda i stanowiła jeden z istotnych elementów psychoanalizy. Breuer stwierdził, że jedna z jego chorych poczuła się znacznie lepiej, gdy w stanie hipnozy opowiedziała o pewnych silnie zabarwionych emocjonalnie wypadkach ze swego życia (Freeman i Small, 1960, s.61). Freud szybko jednak zrezygnował z hipnozy, zastępując ją techniką swobodnych skojarzeń, ale ujawnianie przykrych przeżyć z przeszłości pozostaje nadal podstawowym składnikiem psychoanalizy. Freud uważał, że istotna jest tu "catharsis", oczyszczenie przez doprowadzenie do świadomości wypartych przeżyć, których osobnik się wstydzi. Wydaje się jednak, że sam mechanizm odreagowania jest odrębny od uświadamiania sobie przeżyć wypartych i należy go omawiać oddzielnie.

Najprostszą formą odreagowania jest "wygadanie się" na tematy, które osobnika absorbują emocjonalnie, mówienie o tym, czego aktualnie się obawia, wstydzi, co go

gniewa itd. Zadaniem psychoterapeuty jest stworzenie atmosfery przyjaźni i życzliwości, w której osobnik czuje się bezpieczny i może szczerze mówić o swoich przykrościach. Opowiadanie takie przybiera nieraz formę wręcz dramatyczną, opowiadający jakby odgrywa drażliwe sceny, przeprowadza dialogi z określonymi osobami, odtwarza ich zachowanie, mimikę, gesty. Takie wyładowanie emocjonalne w bezpiecznej sytuacji terapeutycznej przynosi ulgę, zmniejsza napięcie stressowe, tak jak wypuszczenie pewnej ilości pary z kotła zmniejsza nacisk wywierany przez parę na ściany kotła. Jest to zresztą zastosowanie do celów psychoterapeutycznych mechanizmu obronnego, który - jak o tym była mowa (s. 94) - wielu ludzi stosuje również spontanicznie w sytuacjach stressowych. Na tej drodze można np. zapobiec czynom agresywnym i samoagresji u więźniów, jeśli pozwolić im odreagować w rozmowie z psychologiem napięcia, powstające w związku z jakimiś konfliktami czy to z funkcjonariuszami, czy też innymi więźniami.

Nie u każdego człowieka łatwo o odreagowanie. Są osoby niechętnie zwierzające się ze swoich przeżyć, wstydzące się objawiania emocji, w niektórych wypadkach patologicznych ubiegłe zdarzenia stressowe ulegają wyparciu itd. Dla ułatwienia odreagowania niektórzy stosują środki farmakologiczne obniżające opór, jak słabe dawki pentotalu, amytalu sodu itp. Zabieg tego rodzaju budzi pewne wątpliwości natury deontologicznej: środki takie stosował wywiad w czasie wojny wobec szpiegów, aby im "rozwiązać ję-

zyk", można jednak wątpić w słuszność takiego postępowania w stosunku do pacjenta. Jeśli nawet celem naszym nie jest wdzieranie się w jego tajemnice, lecz dopomożenie mu i przyniesienie ulgi, w toku odreagowania pod działaniem środków chemicznych dochodzi do ujawnienia przeżyć bardzo intymnych bez wiedzy i zgody pacjenta, co wydaje się niezgodne z zasadami etyki leczenia.

c) Techniki relaksu

W przewlekłych stanach stressowych jednym z najbardziej charakterystycznych objawów są utrzymujące się napięcia mięśni, głównie w karku i w czole (Woodworth - Schlosberg, 1963, I, s.257). Impulsy zwrotne, dochodzące od mięśni do mózgu na drodze proprioceptywnej, są czynnikami podtrzymującymi stan napięcia emocjonalnego. Likwidacja napięcia mięśni stanowi więc jedną z dróg, na których można zmniejszyć poziom aktywizacji w ośrodkowym układzie nerwowym. Na tej zasadzie opierają się techniki relaksu, czyli odprężenia.

Znaczenie relaksu jako techniki terapeutycznej odkryto na przełomie XIX i XX wieku. W.James zwrócił uwagę na stałe napięcie Europejczyków i przeciwstawiał mu spokój i kontemplację Hindusów, co wiązało się z modnym w tym okresie zainteresowaniem kulturami Wschodu. Powstały wówczas osobne systemy leczenie wypoczynkiem (Mitchell, Payson Call), które w kulturze amerykańskiej przybierały nieraz zabarwienie mistyczne i wiązały się z całymi fantastycznymi systemami metafizycznymi.

Najlepiej chyba z technik relaksowych rozwinięta jest metoda "autogennego treningu" stworzona przez lekarza niemieckiego Schultza (1960), oparta na niektórych z ćwiczeń hinduskiej jogi. Podstawą autogennego treningu jest systematyczne ćwiczenie w rozluźnianiu mięśni, powolnym i równomiernym oddychaniu i wytwarzaniu "pustki myślowej", co stanowi grunt dla dalszych zabiegów, mających już charakter autosugestywny. Trening rozpoczyna się od ćwiczeń w kolejnym rozluźnianiu mięśni rąk, nóg, karku i czoła, przy równoczesnym spokojnym i równomiernym oddychaniu, co wpływa wtórnie na zwolnienie pracy serca. Dalszą fazą jest podnoszenie - w drodze autosugestii - temperatury rąk i nóg, a wytwarzanie uczucia chłodu w czole. Doszedłszy do takiego etapu człowiek zapada w pewnego rodzaju "błogostan", który jest właśnie istotą relaksu. Na tej bazie Schültz przeprowadza dalsze ćwiczenia, które wykraczają już jednak poza sam relaks i dlatego w tym miejscu nie będziemy o nich mówić. Relaks w postaci, jaką nadał mu Schultz jest właściwie stanem lekkiej autohipnozy, może być stosowany również jako system odpoczywania, a także pewna technika zasypiania u ludzi, którzy cierpią na bezsenność

d) Sugestia i autosugestia

Techniki sugestywne stanowią chyba najstarszą formę psychoterapii, stosowaną przez człowieka od niepamiętnych czasów (np. praktyki szamanów i czarowników u pry-

mitywnych ludów). Sugestia polega zasadniczo na wytwarzaniu u człowieka określonych przekonań na drodze aintelektualnej, tj. bez racjonalnej perswazji. Sugestia rozwija się na bazie wiary w autorytety, wiary religijnej, sprzyja jej zgodność pewnych przekonań z życzeniami, ale także z obawami człowieka itp. W obecnym kontekście rzeczą interesującą jest to, że w drodze sugestii można wpływać na chorobowe objawy i dolegliwości. Pokazał to bardzo wyraźnie Mesmer (1704-1815). Leczył on cały szereg objawów chorobowych za pomocą ceremonialnych zabiegów, których centralnym punktem było dotykanie pacjenta różdżką magnetyczną. Braid pokazał jednak, że te same efekty można uzyskać bez magnesu, przez udzielenie badanemu sugestii w stanie hipnotycznym (od niego pochodzi termin "hipnoza") lub nawet na jawie. W swoim czasie znany był system autosugestii pochodzący od francuskiego aptekarza, Emila Coué (kueizm). Polegał on na powtarzaniu raz po raz słów "ça passe" ("przemija"), gdy badany gubił sens wypowiadanych słów i słyszał tylko jednostajne brzęczenie, działanie metody miało być maksymalne. U nas przed wojną znany był Radwan Pragłowski, który nagrywał nawet płyty gramofonowe, zawierające odpowiednie sugestie lecznicze.

Sugestia wchodzi w skład wszelkich metod psychoterapeutycznych, bo również gra rolę przy terapii "lekarskiej", np. farmakologicznej. Znane są wypadki, w których "placebo", tzn. niewinny środek nie posiadający wartości leczniczej, wywiera na chorego magiczny wpływ dzięki temu

tylko, że pacjent wierzy w jego dodatnie działanie na organizm. Sprawy te nieraz zaciemniają badania nad wpływem określonych leków, ponieważ trudno odróżnić istotną poprawę zdrowia wywołaną działaniem specyficznego leku, od poprawy związanej z sugestią. Stąd też w badaniach tego rodzaju zwykle stosuje się nie jedną, ale dwie grupy kontrolne obok grupy eksperymentalnej otrzymującej właściwy lek: jedna grupa kontrolna nie dostaje żadnego leku - druga otrzymuje placebo, ale nie wiedząc o tym wierzy, że jest leczona w taki sam sposób, jak grupa eksperymentalna. Wartość leku uważa się dopiero za udowodnioną, gdy grupa eksperymentalna wykazuje wyższy stopień trwałości poprawy zdrowia od obu grup kontrolnych.

Również przy różnych technikach psychoterapii sugestia związana z wiarą w leczącego, wiarą w jakiś modny, zachwalany (jak np. ongiś psychoanaliza) system terapeutyczny, z wpływem "silnej"" osobowości terapeuty itd. niewątpliwie odgrywa rolę czynnika dodatkowego, obok wpływu właściwego poprzez określone, specyficzne mechanizmy psychologiczne. Należy przy tym zauważyć, że może być również sytuacja odwrotna: uprzedzenia do terapeuty, niewiara w jego oddziaływanie itp. może drogą sugestii zahamować działanie zabiegów terapeutycznych, co wcale nie świadczy o tym, że wszelka psychoterapia polega na sugestii.

Jak widać sugestia jest pewną uniwersalną formą oddziaływania, która wchodzi w skład wszelkich zabiegów

korektywnych, zarówno lekarskich jak i psychologicznych, może jednak być również wyzyskiwana świadomie i celowo zarówno przez lekarza i współpracującego z nim psychologa (por. Bilikiewicz, 1964, s.85-92). Pewną szczególną formę sugestii stanowi zaszczepianie pacjentowi przekonań w stanie hipnozy. Hipnoza nie jest, jak ongiś błędnie sądzono, "sztucznym snem". Zapisy elektro-encefalograficzne w stanie snu i w stanie hipnozy różnią się od siebie w sposób zasadniczy (por. Grey Walter W., 1961, s. 213), człowiek nie traci wówczas - jak we śnie - kontaktu z otoczeniem, choć ten jest zacieśniony do słów hipnotyzera, wzmożona jest znacznie sugestywność, z tym że podawane sugestie mogą wywołać objawy somatyczne,krwawienie, pseudoporażenie poszczególnych członków,pęcherze, opuchlinę itp. Szczególnie interesującym zjawiskiem są tu sugestie posthipnotyczne, polegające na tym, że zahipnotyzowanemu poleca się po obudzeniu wykonać na określony sygnał pewną czynność. Sugestie takie są wykonywane bardzo skrupulatnie nawet wtedy, gdy badany domyśla się, że czynność została mu uprzednio zasugerowana i stara się przeciwstawić sugestii (Eysenck, 1965, s.49). Jak zauważa Eysenck (l.c., s.50-51), stosowanie sugestii posthipnotycznych do celów leczniczych nie dało dotychczas wyraźnych rezultatów, choć nie jest wykluczone, że ów negatywny wynik jest jedynie rezultatem niewłaściwego stosowania zabiegu.

e) Terapia zachowania

Określenie to jest dosłownym przekładem angielskiego zwrotu "behaviour therapy", którym Eysenck określił łącznie wszystkie formy oddziaływania terapeutycznego przez manipulowanie nie procesami psychicznymi pacjenta, ale wprost jego zachowaniem. Z tego względu przeciwstawia on terapię zachowania "psychoterapii" rozumianej jako oddziaływanie na psychiczne mechanizmy, leżące u podstaw nerwicowych symptomów. Dla charakterystyki tej formy terapii najlepiej posłużyć się sformułowaniami samego Eysencka (1960, s.4-20) Terapia zachowania wychodzi z założenia, że objawy nerwicowe można podzielić na dwie grupy: jedne, to powstałe przypadkowo, wadliwe z punktu widzenia przystosowania jednostki odruchy warunkowe (nawyki), drugie - należy uważać za brak poprawnych, przystosowawczych odruchów. Jako przykład pierwszych może posłużyć klasyczny eksperyment Watsona i Raynera, którym udało się wytworzyć u rocznego chłopca lęk przed białymi przedmiotami, łącząc głaskanie szczura z głośnym hałasem jako bezwarunkowym bodźcem lękowym. Reakcja lękowa wytworzona w ten sposób okazała się zgeneralizowana na inne zwierzęta futerkowe(np. białe króliki), a także na futro eksperymentatorki, maskę z białą brodą itp. Lęk przed białym szczurem, który jest stworzeniem łagodnym i obłaskawionym, należy uważać za reakcję nieprzystosowaną typu fobijnego. Przykładem drugiej grupy objawów może być nocne moczenie się, polegające na braku warunkowego od-

ruchu budzenia się na wewnętrzny bodziec, którym jest parcie na pęcherz. Nerwica jest tylko i wyłącznie zespołem objawów, produktem wadliwego uczenia się, nie ma potrzeby zaś przyjmować, że u jej podstaw leżą zaburzenia psychicznej dynamiki w rodzaju takich czy innych mechanizmów obronnych, nieświadomych kompleksów itd. Przy tej koncepcji uleczenie nerwicy jest równoznaczne z usunięciem objawów nerwicowych, tzn. z wygaszaniem nieprzystosowanych odruchów warunkowych albo z wytworzeniem odruchów przystosowanych. Zwolennicy "psychoterapii" podkreślają, że czysto objawowe leczenie, bez usuwania przyczyn tkwiących w osobowości, nie może dać trwałych wyników, co najwyżej doprowadzi do usunięcia jednego objawu, który wkrótce zostanie zastąpiony innym. Wbrew temu Eysenck twierdzi, że dotychczasowe wyniki wskazują na trwałość uleczeń uzyskanych w drodze terapii zachowania, założywszy tylko, że oddziaływaniem obejmie się nie tylko wadliwe reakcje mięśni szkieletowych, ale też powiązane z nimi reakcje układu autonomicznego, istotne dla emocji człowieka.

Sama praktyka terapii zachowania jest oparta na teorii uczenia się, sformułowanej na podstawie licznych laboratoryjnych eksperymentów (nawiasem mówiąc, przeprowadzanych głównie na zwierzętach), choć nie ogranicza się do niej i może stosować również formy wygaszania błędnych nawyków albo wytwarzania nowych, oparte na innych zasadach (np. wpływ sugestii, hypnopedia, naśladownictwo

osób, które nie wykazują objawów nerwicy itp.). Z różnych form terapii zachowania wymienimy przykładowo przewarunkowywanie, trening negatywny oraz zwykłe warunkowanie.

P r z e w a r u n k o w y w a n i e może przyjmować różne postacie, zależnie od tego czy posługujemy się pozytywnym czy negatywnym bodźcem bezwarunkowym.Przy pierwszym sposobie postępowania łączy się bodziec lękowy z sytuacją przyjemną dla osobnika. Tę technikę stosowała jako pierwsza Jones w swych pionierskich badaniach nad usuwaniem u dzieci lęku przed zwierzętami. Zabieg polegał na tym, że dziecku, które było zajęte bardzo przyjemną czynnością, jak np. jedzenie czekolady, pokazywano z daleka zwierzę wywołujące lęk, dajmy na to królika czy żabę. Zabieg powtarzano dzień po dniu z tym, że zwierzę przysuwano coraz bliżej dziecka. W szeregu wypadków udało się w ten sposób całkowicie wyleczyć lęk (por. Jones, w: Eysenck, 1960, s.43 - 44,47). Wolpe określił ten mechanizm jako "wzajemne hamowanie" (reciprocal inhibition) ze względu na to, że wytwarza się u dziecka pozytywną reakcję na bodziec lękowy, ta zaś jako niezgodna z reakcją lękową prowadzi do jej zahamowania.

Przykre bodźce bezwarunkowe stosował w przewarunkowywaniu Liversedge (1957, cyt. Eysenck, 1960, s.776). Leczenie miało na celu usunięcie nerwowego skurczu przy pisaniu, objawu, który miał dwa składniki: drżenie ręki i właściwy skurcz. Oba była poddane oddzielnemu leczeniu. Badany najpierw ćwiczył się we wkładaniu metalowego pręta do stop-

niowe coraz mniejszych otworów termometru, każde dotknięcie ścianek otworu powodowało uderzenie prądem w rękę, którą pacjent się nie posługiwał przy doświadczeniu. To postępowanie kontynuowano następnie w ćwiczeniu z przeciąganiem pręta przez szpary tremometru o kształcie prostym, zakrzywionym i zygzakowatym. Skurczowy składnik przewarunkowywano w podobny sposób: pacjent pisał specjalnie skonstruowanym ołówkiem, przy którym silniejszy nacisk kciukiem włączał prąd działający na rękę nie zajętą pisaniem. Liversedge zreferował pozytywne wyniki tego postępowania u dużej grupy pacjentów.

T r e n i n g n e g a t y w n y polega na wykonywaniu wadliwej, nawykowej czynności raz po raz z pełnym skupieniem na niej uwagi. Na przykład dziecku z nawykiem obgryzania paznokci każe się w obecności terapeuty codziennie przez pół godziny sumiennie i systematycznie obgryzać paznokcie, zwracając uwagę na każdy szczegół wykonywanej czynności (Eysenck, 1965, s.219). Tę samą technikę stosował Yates do leczenia nerwicowych tików (Yates, w: Eysenck, 1960, s.236). Mechanizm tego zjawiska, zresztą dość skomplikowany stanowi przedmiot dyskusji (por. Kendrick, ibid., s.221).

W a r u n k o w a n i e zastosował Mowrer do usuwania moczenia nocnego (Mowrer O.H. i Mowrer W.A., cyt. Eysenck 1960, s.10). Do tego celu posłużył się "elektryczną pieluszką", czyli obwodem elektrycznym w pościeli, który zamyka się w chwili, gdy dziecko zaczyna się moczyć,

wskutek tego rozlega się dzwonek elektryczny. W tych warunkach ucisk na pęcherz, po którym niemal natychmiast następuje obudzenie przez odgłos dzwonka, staje się po pewnym czasie bodźcem warunkowym wywołującym sam przez się przerwanie snu.

Różnych technik, którymi posługuje się terapia zachowania, jest już dość dużo, ale tych kilka przykładów wystarcza dla zilustrowania samej zasady tego postępowania terapeutycznego. Eysenck proponuje, aby psychologowie kliniczni w ogóle zamiast zajmować się psychoterapią, w poprzednio podanym rozumieniu, raczej stali się specjalistami teorii uczenia się i różnych technik terapii zachowania (1960, s.19). Wydaje się, że jest to chyba stanowisko zbyt skrajne. Mechanizmy, regulujące zachowanie i wyznaczające jego zaburzenia są u człowieka niewątpliwie bardzo złożone i nie można tych zabiegów korektywnych sprowadzać do prostych zasad warunkowania i przewarunkowywania, znanych z laboratoryjnych doświadczeń nad zwierzętami. Prawdopodobnie działanie psychoterapii głębokiej da się w ogóle sprowadzić do zasad uczenia się (por. Shoben E.J., w: Eysenck 1960, s.52-76), jednakże jest to znacznie bardziej skomplikowana forma uczenia się niż zwykłe warunkowanie i wygaszanie reakcji warunkowych, obejmuje bowiem również wgląd, uczenie się logiczne, które jest szczególnie typową formą uczenia się u ludzi. Wydaje się, że w repertuarze technik korektywnych psychologa klinicznego jest miejsce i na terapię zachowania

(tam, gdzie daje ona pozytywne wyniki), i na inne rodzaje zabiegów korektywnych, oparte na odmiennych podstawach teoretycznych.

5. Psychoterapia głęboka

a) Ogólna charakterystyka

Psychoterapia głęboka jest dla wielu psychologów właściwą psychoterapią, tą przez wielkie "P", poprzednio zaś omawiane techniki stanowią - według nich - tylko pewne jej środki pomocnicze i składniki. Istnieje dziś wiele różnych "szkół" psychoterapii, opierających się na odmiennych założeniach teoretycznych i trudno jest je sprowadzić do wspólnego mianownika, a w krótkim szkicu niepodobna omówić wszystkich. Nie kusząc się o wyczerpanie tematu, ograniczę się w tym miejscu do przedstawienia bardzo ogólnej charakterystyki psychoterapii głębokiej w ujęciu, jakie - zdaje się udatnie - podał E.J.Shoben w swoim artykule pt. "Psychoterapia jako problem teorii uczenia się" (Psychol.Bull.1949,46,s.366--392)[19].

Założenia teoretyczne leżące u podstaw różnych systemów psychoterapii mają jedną wspólną cechę, którą zasadniczo różnią się od odruchowo-warunkowych koncepcji, omówionych poprzednio w związku z terapią zachowania: mianowicie za istotę nerwicy uważa się tu lęk, zaś objawy nerwicowe rozpatruje się jako mechanizmy obronne mające na celu redukcję lub usunięcie lęku. Lęk nie jest

identyczny ze strachem. Strach stanowi reakcję przygotowawczą, adekwatną w stosunku do pewnego zewnętrznego niebezpieczeństwa. Lęk jest zjawiskiem patologicznym i odznacza się dwoma cechami: po pierwsze, osobnik bądź to w ogóle nie wie, czego się boi, bądź też jako przedmiot lęku podaje coś, co wcale nie jest niebezpieczne,po drugie - istotnym czynnikiem wywołującym lęk jest impuls do jakiegoś działania, które kiedyś było ostro karane lub w ogóle miało jakieś przykre konsekwencje i teraz stanowi właściwy przedmiot lęku. Tego właśnie impulsu jednak badany sobie nie uświadamia, nie potrafi go zwerbalizować, tzn. wypiera go.

Wyparcie jest mechanizmem obronnym, pozwalającym badanemu przynajmniej osłabić lęk, ale nie usuwa samego jego źródła. Wyparcie jednak nigdy nie jest zupełne, wskutek czego impulsy do danego działania stale grożą ponownym pojawieniem się; osobnik jest więc zmuszony do stosowania dodatkowych mechanizmów obronnych i one właśnie konstruują istotę jego nerwicowych objawów. Shoben powołuje się tu na badania Estesa (1944), który pokazał,że kara nie wygasza karanego działania; choć samo działanie ulega zahamowaniu, impuls do niego stale się pojawia pod wpływem powiązania się bodźców, które poprzednio stanowiły pobudki do wykonania działania. Można się domyślać, że w tej sytuacji owe bodźce-pobudki mogą wtórnie stać się przedmiotem lęku, co mogłoby wyjaśniać np. powstawanie różnego rodzaju fobii.

Jak z tego wynika, objawy nerwicowe są tu uważane za reakcje przystosowawcze, bo umożliwiające redukcję napięcia lękowego. Tym tłumaczy się ich uporczywość. Z drugiej strony jednak, są one również elementem nieprzystosowania i dolegliwości, ponieważ utrudniają osobnikowi normalne funkcjonowanie w społeczeństwie. Mimo to psychoterapia nie może dążyć wprost do ich usunięcia, byłoby to bowiem odbieranie choremu jedynej obrony przed lękiem, bez pomocy w likwidacji samego lęku. Stąd zasadniczym elementem psychoterapii, wspólnym różnym systemom, jest przede wszystkim manipulacja emocjami pacjenta, zmierzająca do usunięcia podstawowego lęku. Zakłada się, że likwidacja lęku wywoła osłabienie objawów i umożliwi dopiero ich wykorzenienienie.

Sposoby, jakie stosuje się do zwalczania lęku nerwicowego, są dwa, mianowicie ustalenie właściwego interpersonalnego stosunku z pacjentem oraz analiza przeżyć pacjenta, szczególnie tych, które wiążą się z lękiem. Różne szkoły psychoterapii kładą różnie silny nacisk bądź to na jeden, bądź też na drugi z tych składników działania terapeutycznego, jednakże proces psychoterapeutyczny obejmuje zawsze oba z nich. Jeśli np. Taft, Allen czy Rogers podkreślają przede wszystkim znaczenie właściwego kontaktu z terapeutą, to jednak mimo to w rozmowie zajmują się również lękowymi przeżyciami pacjenta, z drugiej strony zaś ci, którzy główną rolę w psychoterapii przypisują omawianiu właściwych tematów, z natury rzeczy muszą dbać też o pełną zaufania atmosferę tych rozmów.

Właściwy stosunek psychoterapeuty do pacjenta polega zasadniczo na stwarzaniu przyjaznej atmosfery, w której pacjent może omawiać wszystkie swoje kłopoty, trudności i przeżycia, nie narażając się na moralizowanie ani potępienie ze strony terapeuty. Ta atmosfera "akceptacji" dotyczy nie tylko tego, co pacjent mówi o sobie, ale też jego stosunku do terapeuty. Niezależnie od tego, czy jest to stosunek agresywny czy wrogi, lęk czy uwielbienie, zachowanie pacjenta nie wywołuje ze strony terapeuty reakcji osobistej, lecz zostaje poddane analizie na równi z faktami i przeżyciami, o których pacjent opowiada. Jak wynika z tego, interpersonalny stosunek: pacjent-terapeuta różni się w sposób zasadniczy od innych form społecznej interakcji. Po pierwsze - jest to stosunek o tyle jednostronny, że nie polega na wzajemności jak np. w stosunkach między przyjaciółmi. Terapeuta mało mówi o sobie, rozmowa zaś koncentruje się w sprawach pacjenta i zmierza do wywołania zmian w osobowości pacjenta, a nie do zaspokojenia osobistych potrzeb socjalnych terapeuty. Po drugie - zainteresowanie terapeuty pacjentem nie rozciąga się poza gabinet terapeutyczny, nie obejmuje towarzyskich kontaktów z pacjentem, ani wpływania na jego środowisko. Gabinet terapeutyczny jest miejscem, w którym pacjent może w atmosferze bezpieczeństwa i pełnej życzliwości przemyśleć spokojnie swoje problemy i niczym więcej, nie może on spodziewać się, że znajdzie w terapeucie sprzymierzeńca, który będzie czynnie ingerował w jego konflikty z

otoczeniem. I wreszcie, po trzecie - pacjent musi zrozumieć, że jego powiązanie z terapeutą nie ma charakteru osobistego stosunku towarzyskiego i powinno się skończyć z chwilą, gdy poczuje on się zdolny do samodzielnego dawania sobie rady ze swoimi problemami. Przepisy uprzejmości czy taktu, które w życiu towarzyskim obowiązują do podtrzymywania stosunków z innymi, nie mają zastosowania w gabinecie psychoterapeutycznym.

Treść rozmów w toku psychoterapii stanowią - jak mówiliśmy - przede wszystkim lękowe przeżycia pacjenta; jego zewnętrzne zachowanie ma tu znaczenie tylko o tyle, o ile wiąże się z tamtymi, zasadniczymi tematami, np. formami jego obrony przed lękiem. Omawia się więc tutaj poczucie winy, małej wartości itp., sięgając coraz bardziej wstecz, do przeżyć coraz dawniejszych i starając się poznać te czynniki, które wytworzyły lęk u pacjenta.

b) Problem mechanizmu psychoterapii

Psychoterapia głęboka może być prowadzona różnymi sposobami, jednak przy każdym z nich dochodzi w szeregu wypadków do ustąpienia lęku, a w konsekwencji - do zaniku objawów nerwicy. Shoben zastanawia się nad tym, jakie są mechanizmy uruchamiane przez psychoterapię i prowadzące do uleczenia pacjenta. Pospolicie uważa się, że istotną rolę odgrywa tu likwidacja wyparcia i uzyskania przez pacjenta wglądu (insight) w prawdziwe przyczyny lęku. Autorowi jednak takie tłumaczenie nie wydaje się przekonanie

nujące. Jeśli nawet wgląd pojąć za Shafferem, jako zwerbalizowanie prawdziwych źródeł lęku, powinien on doprowadzić raczej do nasilenia lęku niż do jego ustąpienia. Podkreślone przez Shaffera okoliczności, że werbalizacja przyczyn lęku może ułatwić pacjentowi lepszą kontrolę swego zachowania za pomocą manipulowania owymi werbalnymi symbolami, nie zmienia bynajmniej faktu, iż zniesienie wyparcia samo w sobie nie może być pojmowane jako istotny mechanizm uleczenia. Autor stoi na stanowisku, że wyjaśnienie pozytywnych efektów psychoterapii wymaga przyjęcia dodatkowych mechanizmów. Mogą to być, jego zdaniem, mechanizmy uczenia się. Teoria uczenia się nasuwa tu dwie możliwości wyjaśnienia, mianowicie wygaszanie reakcji lękowej oraz - po drugie - przewarunkowanie. Wygaszenie da się pojąć jako aktualizowanie lęku w gabinecie psychoterapeutycznym, bez wzmocnienia, ponieważ w atmosferze życzliwej akceptacji pacjent nie spotyka się ani z potępieniem, ani z żadnymi innymi konsekwencjami swych wynurzeń. Zdaniem Shobena, prawdopodobniejsza jest jednak koncepcja przewarunkowania: pacjent w rozmowie aktualizuje wspomnienie sytuacji, które kiedyś były dla niego bolesne, zrodziły lęk i dały początek wyparciu. W miłej i życzliwej atmosferze rozmowy z psychoterapeutą sytuacje te nabierają obecnie zabarwienia pozytywnego i zatracają swoje negatywne, lękowe działanie. Pewną rolę może tu również odgrywać odreagowanie napięcia lękowego (catharsis).

Obok mechanizmu przewarunkowania, które - zdaniem Shobena - gra istotną rolę w psychoterapii, w końcowej

fazie terapii ma również znaczenie reedukacja. W miarę jak lęk nerwicowy słabnie, pacjent zaczyna zastanawiać się nad tym, jak właściwie powinien postępować w życiu. Zadaniem terapeuty w tej fazie jest nie kierowanie pacjentem, autorytatywne narzucanie mu właściwej linii postępowania, lecz pomoc w jasnym zdaniu sobie sprawy z własnych celów oraz z konsekwencji planowanych działań. W rezultacie dyskusji, po przemyśleniu różnych możliwości, pacjent dochodzi do sformułowania planu opartego na przesłankach racjonalnych, a nie - jak dotychczas - na zasadzie obrony przed lękiem.

Zauważmy jednak, że wyjaśnienie efektów psychoterapii mechanizmem przewarunkowania nie wydaje się wystarczające. Różne formy prostego, odruchowo-warunkowego uczenia się, na których oparte są teorie uczenia się, zostały poznane w laboratorium, w doświadczeniach nad zwierzętami, a przenoszenie ich wprost na człowieka nie bierze pod uwagę swoistych cech procesów kierujących zachowaniem się ludzi. Niewątpliwie również u człowieka odruch warunkowy stanowi elementarną cegiełkę wyższej czynności nerwowej, występuje jednak w znacznie bardziej złożonych kombinacjach niż u zwierząt, tak że całość czynności mózgu ma tutaj zupełnie swoisty charakter. Przenoszenie na człowieka wprost mechanizmów znanych z badań nad zwierzętami dałoby się porównać do próby tłumaczenia reakcji chemicznych, zachodzących w żywym ustroju, za pomocą prawidłowości znanych w przyrodzie martwej, na tej tylko zasadzie, że organizm jest zbu-

dowany z tych samych pierwiastków co materia nieożywiona.

Przede wszystkim zwrócimy uwagę na to, że człowiek posiada zdolność samoorientacji i samokontroli, która u zwierząt znajduje się na bardzo niskim stopniu rozwoju i - o ile wiadomo - sprowadza się tylko do zewnętrznej orientacji we własnych działaniach, nie obejmuje zaś orientacji w procesach kierujących działaniami. Orientacja we własnych procesach psychicznych, dawniej określona jako "introspekcja", pełni rolę kontroli wewnętrznej, za pomocą mechanizmu sprzężeń zwrotnych kieruje procesami i zabezpiecza ich adekwatność w stosunku do danej sytuacji. To co Freud nazywał "wyparciem" lęku można pojąć jako błąd samoorientacji, niedostateczną orientację w istocie własnego lęku. Przeżycia lękowe ulegają wówczas izolacji, są odcięte od całości doświadczenia człowieka i nie mogą być należycie kontrolowane. Jeśli założyć - za psychoanalitykami - że lęk powstał w odległej przeszłości, nieraz w latach dziecinnych, odcięcie go od samokontroli sprawia, że człowiek nie potrafi nań popatrzeć racjonalnie, w świetle nagromadzonego tymczasem doświadczenia. Uzyskanie wglądu w procesie psychoterapii mogłoby być równoznaczne z racjonalnym spojrzeniem na własny lęk, dostrzeżeniem jego bezsensowności, nieracjonalności; tym samym lęk automatycznie musiałby zaniknąć, bez przyjmowania dodatkowego mechanizmu przewarunkowania. Byłoby to zjawisko "logicznego" oduczania się pewnych reakcji, analogiczne do logicznego uczenia się rozwiązywania problemów.

Po drugie - wydaje się, że sytuacja psychoterapeutyczna daje coś więcej niż tylko przyjemną, pełną akceptacji atmosferę, sprzyjającą wynurzeniom i rozpatrywaniu własnych problemów. Stwarza ona poza tym dla pacjenta okazję do przejawienia swoich postaw społecznych, wytworzonych w toku dotychczasowego życia. Jest to zjawisko p r z e n i e s i e n i a, o ktorym mówił również Freud, rozpatrując je jednak dość ciasno jako przeniesienie na psychoterapeutę postaw pacjenta w stosunku do ojca. Typowe dla człowieka postawy społeczne, np. lękliwość, agresywność, nieufność itp., kształtują się i pod wpływem doświadczeń wczesnodziecięcych, i późniejszych, i wykazują z reguły generalizację, są uogólnione, tzn. występują również w toku psychoterapii w stosunku do terapeuty. Sytuacja psychoterapeutyczna staje się w ten sposób pewnym modelem, na którym można obserwować wypaczenia postawy społecznej i wpływać na nie za pomocą odpowiednich oddziaływań, dzięki czemu psychoterapeuta nie tylko bierze udział w kształtowaniu racjonalnych planów życiowych pacjenta, ale również ingeruje wychowawczo w jego wypaczone postawy życiowe (Wallen, 1964, s.927-8). Jest to skomplikowany proces, którego niewątpliwie nie można sprowadzić tylko do prostych mechanizmów warunkowania znanych z laboratorium zwierzęcego, a jego analiza psychologiczna czeka dopiero na opracowanie. Zwrócę tylko uwagę, że istotne wydaje się tu wprowadzenie do doświadczenia pacjenta nowych pozytywnych elementów, przyjęcie przez niego pewnych przekonań, które pozwalają

mu zmienić dotychczasowy błędny system funkcjonowania. Używając terminologii Festingera, można powiedzieć, że psychoterapia zarówno stwarza u pacjenta dysonans poznawczy pomiędzy dotychczasowymi przekonaniami i nowymi, płynącymi ze stosunków z terapeutą, jak też pomaga ten dysonans rozwiązać w sposób pozytywny, prowadzący do przekształcenia dotychczasowych przekonań tak, aby można było wcielić w nie nowe przekonania. Jest to prawdopodobnie najtrudniejsza część psychoterapii, bo - jak wiadomo - przekonania posiadane stawiają opór przyjęciu przekonań nowych (por. s. 66), znane są jednak pewne prawa, które rządzą tymi zjawiskami i wyzyskanie ich może stanowić podstawę do efektywnej psychoterapii, może lepszą i bardziej dostosowaną do możliwości człowieka niż proste przenoszenie na niego elementarnych mechanizmów odruchowo-warunkowych.

c) Taktyka psychoterapii

Doświadczony psychoterapeuta posiada pewien zespół reguł postępowania, pozwalający mu w stosunku do poszczególnych pacjentów ustalić plan oddziaływania psychoterapeutycznego Ten plan działania można nazwać taktyką psychoterapii. Obejmuje ona zwykle więcej niż jeden z wymienionych poprzednio mechanizmów oddziaływania leczniczego, a wybór ich i kolejność stosowania zależy od konkretnego przypadku. Na przykład w stosunku do pacjenta bardzo przygnębionego psychoterapeuta może wyjść od terapii podtrzymującej i pewnych zabiegów powierzchownych, mających na celu

przyniesienie mu ulgi i stworzenie w ten sposób podatnego gruntu dla psychoterapii głębokiej, wymagającej pewnego spokoju i postawy bardziej refleksyjnej. Zabiegi powierzchowne mogą obejmować odreagowanie, pewne ćwiczenia relaksowe itp. Jednakże w stosunku do innego pacjenta, np. takiego, który psychoterapię traktuje - na wzór terapii lekarskiej - jako poddanie się pewnym zabiegom, które mają mu pomóc bez aktywnego udziału z jego strony, tak jak zażycie lekarstwa czy zabieg fizykoterapeutyczny, tego rodzaju taktyka byłaby błędna. Przyniesienie pacjentowi ulgi nie byłoby równoznaczne z wyprostowaniem jego wadliwej postawy życiowej, będącej zasadniczą przyczyną trudności, które napotyka w życiu i które są źródłami ustawicznego stresu. W tych wypadkach więc doświadczeni psychoterapeuci wolą zaczynać od terapii głębokiej.

Do taktyki psychoterapii należy też wybór, czy w danym wypadku należy stosować terapię indywidualną czy też raczej grupową. Terapię grupową przeprowadza się w zespole kilku lub kilkunastu chorych. Istotą tej formy terapii jest swobodna dyskusja nad różnymi problemami, przechodząca stopniowo w omawianie własnych problemów życiowych i trudności. Podstawą dyskusji mogą być np. trudności jakiegoś zupełnie obcego pacjenta, który do grupy nie należy i nawet już nie przebywa w szpitalu. Przedstawia je kierujący terapią psycholog czy psychiatra, zachęcając do dyskusji nad tym, co jest istotą trudności i jak można by pomóc temu człowiekowi. Dyskusja taka łatwo przecho-

dzi w omawianie własnych problemów pacjenta. Podkreśla się, że w czasie dyskusji terapeuta pozostaje w cieniu, tak aby przebieg był możliwie spontaniczny, ingeruje tylko wtedy, gdy np. dochodzi do jakichś nieporozumień, które zakłócają spokojny tok rozmowy i mogłyby stać się dla pacjentów przyczyną dodatkowych urazów, poza tym - zgodnie z zasadą "psychoterapii niekierowanej" - wyraźnie formułuje pewne niejasne wypowiedzi, podsumowuje je, zachęca do dyskusji itd.

Niektórzy łączyli terapię grupową z elementami techniki "psychodramatu", wprowadzonej przez Moreno (1947, por. Shaffer i Lazarus, 1952, s.404). Technika ta polega na tym, że jeden z pacjentów ma odgrywać pewną rolę w odpowiednio dobranej sytuacji, w której ponadto biorą udział poinformowani przez terapeutę asystenci. Sytuację i rolę pacjent może wybrać sobie albo sam, albo też mogą one mu być narzucone według planu terapeutycznego.

Psychoterapia grupowa ma szereg zalet, których nie posiada terapia indywidualna: 1) pacjent znajduje się tu w naturalnej sytuacji społecznej, w której dowiaduje się, że jego problemy i trudności życiowe nie są czymś niezwykłym i wyjątkowym, ma możność ich porównania z trudnościami innych, 2) znajduje się w interakcji z większą grupą, co pozwala mu pozbyć się poczucia izolacji, zwalczyć niepewność siebie, poczuć się włączonym w zespół, 3) czuje się bardziej samodzielny i mniej zależny od terapeuty; dla niektórych osób jest to sprawa bardzo istotna, i wreszcie

4) terapia grupowa daje możliwość treningu społecznego, nie tylko w korzystaniu z pomocy, ale też w udzielaniu pomocy innym, czego nie ma w terapii indywidualnej. Poza tym podkreśla się, że leczenie grupy chorych jest bardziej ekonomiczne od indywidualnego, sprawa szczególnie ważna tam, gdzie liczba osób mogących prowadzić psychoterapię jest ograniczona.

Psychoterapię grupową stosuje się zwykle tylko jako element taktyki psychoterapeutycznej, łącząc ją w rozmaity sposób z terapią indywidualną - sposób, który zależy od typu pacjenta, od jego aktualnego stanu itd. Do ogólnej taktyki terapeutycznej włączone są również: terapia pracy, terapia rozrywkowa itd.

VI. PROBLEMY MODELU ZAWODOWEGO PSYCHOLOGA KLINICZNEGO

Mówiąc o modelu zawodowym takiej czy innej specjalności, mamy na myśli zagadnienia związane ze swoistymi właściwościami danego zawodu. Można wymienić trzy główne grupy takich właściwości, nie przesądzając zresztą sprawy, czy wyczerpują one całokształt problematyki modelu zawodowego, a mianowicie: 1) kwalifikacje zawodowe, 2) swoisty charakter praktyki zawodowej i współpracy z innymi specjalistami oraz 3) normy etyczne właściwe dla danego zawodu.

Model psychologa klinicznego ma prawdopodobnie szereg cech wspólnych z modelami innych specjalności psychologicznych, np. psychologa szkolnego czy przemysłowego. Sprawy te nie są jeszcze ustalone. Należy pamiętać, że psychologia jako specjalność zawodowa pojawiła się stosunkowo niedawno. W Polsce zawód psychologa dopiero w ostatnich latach został zamieszczony w oficjalnym spisie zawodów. Zawodowe problemy psychologów są omawiane na dorocznych zjazdach Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Komitet Psychologii Stosowanej przy Zarządzie Głównym PTP pracuje od kilku lat nad projektem ustawy o zawodzie psychologa, wyłoniona też została komisja dla opracowania kodeksu etycznego, dostosowanego do wymagań zawodu psychologa. W tym miejscu -

zgodnie z tematem - ograniczymy się do omówienia tylko kilku, wymienionych wyżej, zagadnień zawodowych, powstających w praktyce psychologów klinicznych.

1. K w a l i f i k a c j e   p s y c h o l o g a   k l i n i c z n e g o

Kwalifikacje zawodowe psychologa klinicznego obejmują, podobnie jak w innych specjalnościach, dwa elementy podstawowe, tj. a) fachowe przygotowanie teoretyczne i metodologiczne oraz b) praktykę zawodową. Do tego trzeba jednak dodać, jak się zdaje, jeszcze trzecią grupę cech, które aktualnie okazują się w psychologii klinicznej niemniej ważne od poprzednich, mianowicie c) pewne walory osobowościowe.

a) Wykształcenie teoretyczno-metodologiczne

Mówiąc o fachowym przygotowaniu, jakie psycholog kliniczny winien zdobyć na studiach, nie będę analizować obecnych programów uniwersyteckich, które zresztą stale, co pewien czas, są zmieniane i uzupełniane, a podkreślę tylko te elementy wykształcenia, które wydają się najistotniejsze. Na pierwszym miejscu należy tu wymienić gruntowną wiedzę z zakresu psychologii ogólnej, łącznie z psychologią osobowości. Psychologia ogólna dostarcza wiadomości o procesach regulacji postępowania, o spostrzeganiu, myśleniu, uczeniu się, dążeniach i emocjach i o czynnikach, od których zależy ich przebieg; znajomość ich

umożliwia dopiero psychologiczną analizę działań, ich wyjaśnianie i wpływanie na nie przez manipulowanie określonymi sytuacjami zewnętrznymi. Znajomość psychologii ogólnej jest dla psychologa klinicznego równie ważna, jak np. znajomość fizyki dla inżyniera konstruktora.

Psychologia osobowości informuje o trwałych, wewnętrznych czynnikach, od których zależy typowy dla człowieka i różniący go od innych "styl zachowania". Psychologia współczesna nie dopracowała się jeszcze jednolitej teorii tych czynników, istnieje jednak szereg koncepcji, które pozwalają charakteryzować je w terminach danej teorii i znajomość tych teorii jest konieczna tam, gdzie mamy opisać osobowość i postawić diagnozę jej zaburzeń.

I wreszcie, wiadomości z psychologii rozwojowo-wychowawczej są potrzebne zarówno dla psychologa, który zajmuje się dziećmi i młodzieżą, jak też dla każdego psychologa klinicznego, gdy chce w świetle życiorysu wyjaśnić występujące u badanego defekty i wypaczenia osobowości błędnymi wpływami środowiskowym, czy też nieprawidłowym rozwojem biologicznym.

Wiadomości z teorii psychologii nie mogą być jednak martwym, werbalnym kapitałem wiedzy, ale doświadczeniem "życiowym", które psycholog umie stosować do analizy faktów. W toku studiów mają to zapewnić ćwiczenia z psychologii ogólnej, rozwojowej i z psychologii osobowości. Zadaniem ich jest ponadto dać przyszłemu psychologowi praktyczną umiejętność w posługiwaniu się konkretnymi metoda-

mi badawczymi, zarówno tymi, które służą do badania poszczególnych procesów, spostrzegania, uczenia się, myślenia itd., jak też głównymi metodami badania osobowości, podstawowymi testami psychometrycznymi (skala Termana - Merrill, skala Wechslera, test Ravena), testami psychoorganicznymi (test L.Bender), metodami projekcyjnymi (Rorschach, TAT, próba zdań niedokończonych) oraz inwentarzami osobowości (MMPI, Maudsley Personal Inventory).

Drugim elementem wykształcenia fachowego jest wiedza w zakresie przedmiotów pomocniczych, przyrodniczych i lekarskich. Wiedza przyrodnicza obejmuje przede wszystkim dokładną znajomość układu nerwowego i jego czynności, łącznie z budową i czynnościami receptorów i efektorów oraz podstawowe wiadomości z teorii ewolucji i genetyki, wiedza lekarska - wiadomości z psychiatrii i neurologii.

Trzeci wreszcie element - to ogólne wykształcenie metodologiczne, znajomość podstaw metologii ogólnej i znajomość metod statystycznych wraz z umiejętnością takiego programowania eksperymentu, aby jego wyniki dały się opracować w sposób statystycznie poprawny.

Wszystko to stanowi jednak tylko zrąb wykształcenia niezbędnego dla każdego psychologa. Specjalistyczne wykształcenie psychologa klinicznego obejmuje nowe, dodatkowe wiadomości i - co jest rzeczą bardzo ważną - opanowanie "myślenia klinicznego". Wykształcenie specjalistyczne - to zasadniczo teoretyczna wiedza o zaburzeniach zachowania i ich różnorodnym uwarunkowaniu, zarówno przez

czynniki organiczne jak i czynniki "psychologiczne" oraz o czynnikach działających korektywnie. Kliniczna wiedza teoretyczna, zarówno jak i wiedza metodologiczna, zdobyta w ramach studiów podstawowych, jest jednak tylko martwym balastem, jeśli psycholog nie umie się nią posługiwać w praktyce. Stąd najbardziej istotne jest to, co nazwałem "myśleniem klinicznym". Psycholog kliniczny musi umieć zmobilizować cały kapitał swej wiedzy do analizy konkretnego wypadku, myśleć o człowieku, którego bada w danej chwili i w terminach aktualnie przebiegających u niego procesów psychicznych, dążeń, emocji, myślenia, i w terminach znanych sobie z teorii osobowości, aby postawić odpowiednie hipotezy, w możliwie prawdopodobny sposób wyjaśniając występujące w tym wypadku zaburzenia zachowania na tle całej osobowości badanego. "Myślenie kliniczne" obejmuje też przewidywanie, jak - wobec postawionej hipotezy - powinien badany zachować się w odpowiednich sytuacjach, a to dopiero pozwala psychologowi zmobilizować swą wiedzę metodologiczną i dobrać bądź to odpowiednie testy, bądź też zaprogramować określone eksperymenty kliniczne, mające na celu sprawdzenie hipotezy.

W czasie studiów podstawową umiejętność myślenia klinicznego usiłuje się wyrobić u studenta na ćwiczeniach z psychologii klinicznej, połączonych z tygodniowymi praktycznymi stażami w instytucjach klinicznych, a także w ramach pracy magisterskiej, w której uczy się on posługiwać pewnym określonym zestawem metod klinicznych i eksperymen-

talnych dla rozwiązania jakiegoś ogólnego problemu z dziedziny psychologii zaburzeń zachowania. Rzeczą istotną jest, aby nie było to schematyczne badanie grupy takich czy innych osób, ale kliniczne badanie określonych, wyselekcjonowanych pod pewnym względem wypadków, z których każdy jest badany osobno, a wnioski końcowe są dopiero uogólnieniem serii indywidualnych badań. Tak ustawiona praca magisterska ma nie tylko znaczenie naukowe, ale również dydaktyczne, szkoli w stosowaniu metod klinicznych, wyrabia myślenie kliniczne, a przy tym daje studentowi praktyczną znajomość określonej, podstawowej dla jego problemu magisterskiego metody, najlepiej nie testowej,którą potem będzie mógł on posługiwać się w swej praktyce (może to być np. jakaś metoda do badania tworzenia pojęć,nastawiona na analizę deficytu abstrakcji u organików albo metoda badania odporności na stress, technika programowania obserwacji czy rozmowy dla rozwiązania określonego zagadnienia itp.).

b) Praktyka zawodowa

Szkolenie uniwersyteckie nie jest jednak w stanie przygotować w pełni wykształconego psychologa klinicznego. Daje ono tylko pewne - jeśli tak można powiedzieć - ogólne ukierunkowanie teoretyczne i praktyczne do pracy zawodowej w dziedzinie psychologii klinicznej, ale magister psychologii ze specjalnością kliniczną w gruncie rzeczy nie jest jeszcze w pełni zdolny do podjęcia samodzielnej

pracy zawodowej. Jest tak przede wszystkim dlatego, ponieważ samodzielna, odpowiedzialna praca wymaga klinicznego doświadczenia, którego student psychologii nie może zdobyć w czasie swych studiów, w krótkich i nielicznych kontaktach z badanymi podczas praktyk wakacyjnych czy staży. Do tego celu jest niezbędna dłuższa praktyka zawodowa w określonej instytucji klinicznej.

Drugi powód, dla którego praktyka zawodowa odgrywa tak ważną rolę w przygotowaniu psychologa klinicznego, wiąże się z dużym zróżnicowaniem placówek, w których pracują psychologowie kliniczni. Z jednej strony mamy tu różnorodne placówki służby zdrowia, takie jak szpitale psychiatryczne, szpitale i kliniki pediatryczne, poradnie przeciwpadaczkowe, kliniki neurologiczne i neurochirurgiczne, instytucje ortopedyczne, w których dokonuje się rehabilitacji inwalidów z uszkodzeniami narządów ruchu, sanatoria i prewentoria dla dzieci i młodzieży zagrożonej gruźlicą. Ponadto psychologowie kliniczni bywają też zatrudnieni w innych resortach. Pewna ich część znajduje miejsce pracy - razem z psychologami wychowawczymi - w więzieniach i zakładach poprawczych, pozostających w resorcie Ministerstwa Sprawiedliwości, część dostaje się do placówek Ministerstwa Oświaty, poradni wychowawczych dla dzieci trudnych oraz zakładów specjalnych dla dzieci oligofrenicznych, niewidomych, głuchych itd.; niektórzy podejmują pracę w przemyśle (BHP) czy w marynarce (problemy zaburzeń powstających u marynarzy pływających na

dalekie rejsy, ograniczonych do stałego obcowania z tymi samymi osobami i w tym samym otoczeniu). Każda z tych bardzo różnorodnych placówek zawodowych ma swoiste problemy kliniczne, a poza tym wymaga dobrej znajomości także innych spraw związanych z danym środowiskiem, np. dobra znajomość również lekarskich problemów związanych z gruźlicą jest konieczna dla psychologa pracującego w sanatorium przeciwgruźliczym, znajomość problemów patoanatomii i patofizjologii ośrodkowego układu nerwowego - dla psychologa kliniki neurologicznej i neurochirurgicznej, znajomość więziennictwa i podstawowych zagadnień prawniczych - dla psychologa więziennego itd. Tego specyficznego wykształcenia nie może absolwentowi dać nawet najlepiej postawione studium uniwersyteckie i dlatego tak istotną rolę gra w przygotowaniu psychologa klinicznego specjalistyczna praktyka w określonej placówce.

Sprawa ta nie jest jeszcze u nas należycie uregulowana. Wobec małej stosunkowo liczby psychologów klinicznych, a dużego zapotrzebowania resortów, młody magister psychologii idzie najczęściej bezpośrednio po ukończeniu studiów na samodzielną placówkę, gdzie nieraz nie ma nawet możliwości kontaktu z innym, starszym i bardziej doświadczonym psychologiem. Jest to na pewno niekorzystne i dla badanych, na których psycholog drogą prób i błędów zdobywa dopiero kliniczne doświadczenie, i dla niego samego, ponieważ brak fachowej opieki w okresie pierwszej pracy zawodowej ogromnie utrudnia nabycie poprawnej praktyki, a

nieraz nawet może prowadzić do nabrania nawyków wadliwych, niedbałości diagnostycznej, lekkomyślności itd. Stąd też w chwili obecnej rzeczą niezmiernie ważną jest opracowanie programu specjalizacji dla psychologów klinicznych na wzór specjalizacji lekarskich. Pewien program specjalizacji, przedstawiony na II Konferencji Psychologów Klinicznych w 1962 r. (Obuchowski K., 1963, s. 175), nie został jeszcze należycie przedyskutowany, ani zatwierdzony. Inną postać specjalizacji zawodowej przedstawia uniwersyteckie, podyplomowe studium dla magistrów psychologii, m.in. ze specjalizacją kliniczną. Toczą się obecnie dyskusje nad dwuletnim studium podyplomowym, którego ukończenie i zdanie teoretycznego i praktycznego egzaminu dawałoby dopiero prawo do posługiwania się zawodowym tytułem "psychologa klinicznego" i do samodzielnej pracy zawodowej.

c) Walory osobowościowe

Wydaje się jednak, że - w każdym razie w chwili obecnej - czysto zawodowe kwalifikacje nie wystarczają jeszcze psychologowi klinicznemu i powinien on odznaczać się również pewnymi dodatkowymi walorami osobistymi. Idzie o to, że psychologia kliniczna jako zawód nie posiada jeszcze ogólnie znanej i akceptowanej w naszym społeczeństwie "tradycji zawodowej", takiej jaką ma np. zawód lekarza, inżyniera czy farmaceuty. Tradycja psychologii klinicznej dopiero powstaje, a tworzą ją sami psychologowie. Poszcze-

gólne resorty zgłaszają wprawdzie zapotrzebowanie na psychologów klinicznych, co wskazuje, że mają ważne problemy, których rozwiązania oczekują od nich. Ale to wcale nie znaczy, że te problemy są jasno rozumiane i że poszczególni lekarze czy pracownicy działów penitencjarnych i naczelnicy więzień wiedzą, czego mogą oczekiwać od pracownika z wykształceniem psychologicznym. Zdarzały się np. wypadki, że w więzieniu od magistra psychologii żądano służby z karabinem, a w szpitalu - dawania chorym zastrzyków. Czasami jeszcze (zresztą coraz rzadziej) niektórzy psychiatrzy wyobrażają sobie funkcje psychologa według starego modelu "asystenta psychiatrycznego", tj. osoby, która wyręcza lekarza w zbieraniu anamnezy i ma za zadanie bytową opiekę nad chorymi, a trafiają się i tacy lekarze, którzy traktują psychologa jako narzucane im zło konieczne i naprawdę nie widzą dla niego miejsca w systemie służby zdrowia. Nie jest to zresztą ich winą, a tylko wskazuje, że zawód psychologa klinicznego nie posiada jeszcze w naszym społeczeństwie swojej tradycji.

Z tego względu sytuacja młodego magistra psychologii, który po ukończeniu studiów idzie na pierwszą swoją placówkę kliniczną, kształtuje się odrębnie niż sytuacja lekarzy czy inżynierów, mających oparcie w ustalonej już tradycji zawodowej i spotykających się z określonymi, dostosowanymi do ich kwalifikacji, oczekiwaniami i wymaganiami. Ukształtowanie się pozycji psychologa w danej

instytucji i współpracy z innymi specjalistami zależy w tej sytuacji w dużym stopniu od tego, czy potrafi on sam, na podstawie swego przygotowania zawodowego, "ustawić się" w profilu swej placówki zawodowej, dostrzec problemy psychologiczne ważne dla jej pracy, a rozwiązując je w sposób poprawny, przekonać innych o swej użyteczności i fachowości. Wymaga to i inteligencji, i taktu w stosunkach zawodowych, i ideowej postawy, oddania społecznym zadaniom, jakie stawia sobie instytucja. Cechy te są potrzebne dla każdego specjalisty, ale specjalnie ważną rolę odgrywają u psychologa, ponieważ od ich posiadania zależy nie tylko jego opinia, ale też tradycja jego zawodu, kształtująca się na terenie danej placówki. Jeśli więc psycholog, spotykając się z niezrozumieniem swoich zadań, uniesie się zawodową ambicją i zacznie reagować emocjonalnie, powstaną konflikty, które zaszkodzą nie tylko jemu samemu, ale stworzą fałszywą opinię o zawodzie, który reprezentuje. Być może, w przyszłości, gdy powstanie już w społeczeństwie tradycja zawodu psychologa, takie wadliwe sposoby postępowania będą traktowane raczej jako dowody niedojrzałości danej jednostki, a nie kładzione na karb zawodu, podobnie jak to jest, dajmy na to, z młodymi lekarzami, których błędy szkodzą raczej im samym, ale nie stanowią argumentu za nieużytecznością medycyny. Na razie jednak w psychologii jest inaczej i dlatego nie powinny iść do tego zawodu osoby o stosunkowo niezbyt wysokiej inteligencji, nerwowe i niezrównoważone, nie opanowane, o wygórowanej am-

bicji osobistej czy też takie, dla których najważniejsze jest szybkie, tanim kosztem dorobienie się wygód życiowych.

2. Specyfika pracy zawodowej i psychologa klinicznego

M.Żebrowska w artykule o zadaniach zawodowych psychologów w Polsce (1965, s.56) wyróżnia - za T.Tomaszewskim - dwie koncepcje, według których można ustawić praktykę psychologa klinicznego, określając je jako "koncepcję opiekuńczą" i "koncepcję wychowawczą". Pierwsza wychodzi z założenia, że człowiek jest "istotą słabą,bezradną, nieprzystosowaną, pełną urazów i lęków, uwikłaną w konfliktach, potrzebującą pomocy z zewnątrz", w drugiej podkreśla się "nieograniczone możliwości działania i rozwoju człowieka, które jednak nie realizują się samoczynnie, lecz w trakcie własnej działalności podmiotu, we współdziałaniu z innymi ludźmi, w prawidłowo zorganizowanym życiu społecznym". Autorka podkreśla, że w naszym kraju, który praktykę swą opiera o system socjalistyczny, aktualna jest przede wszystkim koncepcja wychowawcza i wysuwa stąd dwa wnioski o pracy psychologa klinicznego:po pierwsze - akceptuje prymat psychologicznej profilaktyki nad korygowaniem zaburzeń, oraz po drugie - stwierdza, że w wypadkach, w których mamy już do czynienia z zaburzeniami zachowania, postulatem dla działalności psychokorektywnej jest nie tylko wąsko rozumiane przystosowanie

jednostki do istniejących okoliczności, ale pomoc "we właściwym jej uspołecznieniu, tj. znalezieniu swego miejsca w społeczeństwie jako istoty aktywnej, zaangażowanej, zdolnej do twórczego i oryginalnego wkładu w rozwój tego społeczeństwa" (l.c., s.59).

Jakkolwiek zgodzić się należy z autorką co do ważności zadań profilaktycznych (por. s. 23), to jednak faktem jest, że w swej konkretnej praktyce psycholog kliniczny ma do czynienia przede wszystkim z osobami, u których już wystąpiły określone zaburzenia i stąd jego zadania sprowadzają się przede wszystkim do pracy diagnostycznej i korektywnej. Sprawom tym były poświęcone dwa poprzednie rozdziały. Podkreślaliśmy w nich, jak istotną rolę - zgodnie z koncepcją wychowawczą akceptowaną przez Żebrowską - odgrywa w korektywnym oddziaływaniu na chorych psychicznie, obok psychoterapii indywidualnej, włączanie ich w aktywność grupy (por. s.221). Można wręcz powiedzieć, że specyfika pracy psychologa klinicznego polega przede wszystkim na ujmowaniu człowieka z zaburzeniami zachowania jako istoty społecznej o tak czy inaczej wypaczonej, przez różnego rodzaju czynniki etiologiczne, postawie wobec otoczenia i na pobudzaniu u niego, przez odpowiednie manipulowanie sytuacjami, działań w osobistym i społecznym sensie pożytecznych. Takie podejście uzupełnia się z lekarskim, które dostrzega w człowieku przede wszystkim zaburzenia w funkcjonowaniu "żywej maszyny" organizmu, patofizjologiczne, wrodzone czy nabyte predyspozycje chorobowe, defekty mózgu itp.

W tej sytuacji powstaje zagadnienie, jak ma się u-kształtować współpraca psychologa klinicznego z lekarzem-psychiatrą. Pominiemy tu kwestię kompetencyjnych problemów, jakie czasami ciągle jeszcze pojawiają się w tej współpracy, nie będziemy też mówić o konfliktach wynikających z braku wzajemnego zrozumienia i poszanowania dla specyfiki pracy każdego z nich. Są to niewątpliwie trudności chwilowe, które z czasem przeminą same przez się. Natomiast kilka słów trzeba poświęcić formalnym stronom tej współpracy. Wydaje się rzeczą niewątpliwą, że pełne wyzyskanie fachowego potencjału psychologa klinicznego polega na zatrudnieniu go w pracy diagnostyczno-korektywnej. W tej sytuacji jednak powstaje pytanie, jak ma się kształtować jego udział w analogicznej aktywności lekarza. W dotychczasowej praktyce zarysowały się dwie odpowiedzi na to pytanie, mianowicie koncepcja wydzielonego "gabinetu psychologicznego" oraz koncepcja zespołu (team) "diagnostyczno-leczniczego".

W koncepcji "gabinetu psychologicznego" kładzie się nacisk na pomoc, jakiej ma udzielić badanie psychologiczne psychiatrze w postawieniu diagnozy lekarskiej. Współpracę podejmuje się tu jako rozwiązywanie specjalistycznych zadań, które stawia psychologowi psychiatra. Zadania te mogą być rozmaite, od przeprowadzenia najogólniej pojętego "badania" psychologicznego, aż po rozwiązywanie pewnych konkretnych problemów, np. czy pacjent jest oligofrenikiem, czy występują u niego objawy organicznego otępienia,

mimo że badaniem klinicznym nie udało się ujawnić uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, a nawet problemy tak specyficzne lekarskie, jak np., czy w danym wypadku ma się do czynienia z nerwicą czy z początkami schizofrenii. Ponieważ - jak mówiliśmy (por. s.145) - psycholog rozporządza w testach wskaźnikami zwalidowanymi w stosunku do diagnoz psychiatrycznych (np. w MMPI, w teście Rorschacha itd.), nieraz możliwe jest postawienie takiej diagnozy różnicowej tam, gdzie zawodzi kliniczne badanie psychiatryczne. Niektórzy psychologowie niechętnie patrzą na stosowanie tego rodzaju testów "psychiatrycznych" jako wykraczających w istocie poza właściwą domenę pracy psychologa i nie przyczyniających się do rozwoju ani właściwej teorii, ani metodologii psychologii klinicznej (Jones, w: Eysenck, 1960, s.771), niemniej tego rodzaju usług nieraz żądają psychiatrzy od psychologów. W koncepcji "gabinetu psychologicznego" mieszczą się również niektóre zadania psychokorektywne, ograniczone do zabiegów indywidualnych (np. zgodnie z postulatem Eysencka - do terapii zachowania). Jak widać, w tej koncepcji badania psychologiczne pojmuje się jako "badanie pomocnicze", na wzór np. rentgenowskiego prześwietlenia, a psychokorektywne zabiegi mają wówczas charakter podobny jak, dajmy na to, fizykoterapia. Taki obraz pracy psychologa klinicznego kreśli np. Jones (Eysenck, 1960, s.765) na podstawie praktyki w Maudsley Hospital w Londynie.

Koncepcja druga określona jako model "zespołu diagnostyczno-leczniczego" powstała pierwotnie w amerykańskich

poradniach higieny psychicznej (Dąbrowski K., 1962, s.30-31). Zasadnicza idea polega tu na tym, że całą pracę nad pacjentem przeprowadza zespół złożony zwykle z psychiatry, psychologa i asystenta społecznego, przy czym - zależnie od potrzeby - zespół podstawowy dobiera sobie innych specjalistów, neurologa, pediatrę, pedagoga itd. Zespół odbywa konferencje, przy czym wiodącą rolę w postępowaniu diagnostyczno-leczniczym przyjmuje, w zależności od wypadku, lekarz czy psycholog, zadaniem asystenta społecznego jest orientowanie się w środowiskowych warunkach badanego i opieka nad tą stroną jego życia[20].

Obie koncepcje mają swoje wady i swoje zalety, a praktyka psychologa klinicznego w naszym kraju oscyluje, jak się zdaje, pomiędzy nimi, zależnie od warunków zbliżając się raz do jednego, raz do drugiego z obu biegunów. Koncepcja gabinetu ma tę zaletę, że stosuje się do pewnych form istniejących już w praktyce lekarskiej: czynnikiem prowadzącym diagnozę i leczenie pacjenta jest tu - zgodnie z dotychczasową tradycją zawodu - nadal lekarz, zaś rolę psychologicznych badań i zabiegów łatwo pomieścić w istniejących tradycjach schematu organizacyjnego. Według takiego też mniej więcej modelu układa się najczęściej współpraca psychologa z lekarzem w instytucjach typu ambulatoryjnego, czyli w Przychodniach Zdrowia Psychicznego. Model ten posiada również swoje wady, szczególnie jeśli idzie o pracę psychologa nie w przychodni, ale w szpitalu. Tutaj psycholog zamknięty w gabinecie, widząc

pacjenta zawsze tylko w izolacji, wyobcowuje się z życia oddziałów, a wskutek tego nie orientuje się należycie w społecznych problemach, z którymi mają tam do czynienia chorzy i w swoistej "atmosferze psychologicznej" oddziałów, odgrywającej tak ważną rolę w lecznictwie psychiatrycznym (Kasprowicz W., 1963). Dlatego w szpitalu ważną rzeczą jest, aby działalność psychologa klinicznego raczej zbliżała się do koncepcji zespołu, w którego pracę psycholog wnosiłby swój specyficzny udział diagnostyczny i korektywny, uzupełniając bardziej biologiczne podejście lekarzy.

Ten model jest w naszych warunkach jeszcze nieraz trudny do zrealizowania ze względu na to, że równorzędna współpraca z osobami bez kwalifikacji medycznych jest jeszcze dla wielu lekarzy czymś nowym i bez precedensu, tak że skłonni są oni do lekceważenia ich udziału jako "laików". Przyczynia się też do tego u psychiatrów słaba znajomość współczesnej psychologii i uważanie "psychiki" – według przebrzmiałych tradycji introspekcyjnych – za mnóstwo nieścisłych, nienaukowych, matematycznie nieobliczalnych, tylko podmiotowo, ale nigdy biochemicznie zrozumiałych zjawisk, do których trzeba przystępować i które trzeba rozwiązywać po ludzku, zostawiając gdzieś na boku ogromny balast zdobytych w czasie studiów wiadomości ścisłych (Bilikiewicz T., 1964, s.34). Można mieć nadzieję, że z czasem, gdy studia medyczne obejmą też przynajmniej elementy przygotowania psychologicznego, odpowiadającego

aktualnemu stanowi naszej nauki, stanie się dla lekarza bardziej zrozumiały również wkład psychologa klinicznego w diagnostykę psychiatryczną i w opiekę nad psychicznie chorymi. Można przypuszczać, że wtedy też i koncepcja zespołowej pracy diagnostyczno-leczniczej między psychiatrą i psychologiem uzyska swoją tradycję, w każdym razie jako model, według którego najdogodniej ułożyć tę współpracę w szpitalu. Na razie sprawy te nie są uregulowane i zależą raczej od lokalnej praktyki, indywidualności lekarzy i psychologów, a także ich wzajemnego zrozumienia i szacunku.

3. Postulaty etyki zawodowej psychologa klinicznego

Problemy związane z etyką zawodową psychologa w ogóle, a między innymi też psychologa klinicznego nieraz wyłaniają się w dyskusjach. Polskie Towarzystwo Psychologiczne powołało nawet - jak wspominaliśmy - osobną komisję dla zaprojektowania kodeksu zawodowego dla psychologów. Sprawa wydaje się ważna, bo nieraz dochodzą kłopotliwe wieści o niewłaściwych sposobach postępowania takiego czy innego psychologa: o niepoprawnych diagnozach, stawianych lekkomyślnie i bez należytego uzasadnienia, czasem wewnętrznie sprzecznych i formułowanych w sposób bezsensowny, o zaniedbywaniu dla zysku czy też z lekkomyślności swoich obowiązków zawodowych, o sporach prestiżowych z innymi pracownikami instytucji, sporach tak gwałtownych,

że niekiedy opierają się o sąd, a nawet o nadużyciach materialnych. Nie wiadomo, o ile te pogłoski są prawdziwe i czy we wszystkich wypadkach wina leży po stronie psychologa, ale jeśli nawet drobny ich ułamek jest zgodny z rzeczywistością, smutno robi się na myśl o tym, jakie podwaliny kładą niektórzy psychologowie pod przyszłą tradycję tego zawodu. Dlatego może nie od rzeczy będzie wyraźnie powiedzieć, jakie są główne etyczne postulaty,które można postawić psychologowi klinicznemu. Należy przy tym zauważyć, że jeśli ogólne zasady etyczne są obowiązujące dla każdego, to dla psychologa klinicznego obowiązek uspołecznionego postępowania ma charakter obowiązku zawodowego, tak jak dla lekarza czy pielęgniarki obowiązek przestrzegania przepisów higieny w imię dobra pacjenta. Psycholog, który jest specjalistą od diagnozy i korygowania zaburzeń zachowania, nie może sam postępować w sposób asocjalny, bez szkody dla swej praktyki i swych badanych. Można sobie wyobrazić, jak wpłynie na więźniów wiadomość, że psycholog więzienny sam się dostał do więzienia za jakieś wykroczenia albo jakie szanse miałyby zabiegi psychoterapeutyczne prowadzone przez psychologa,o którego konfliktach z lekarzami krążyłyby legendy wśród pacjentów i personelu pielęgniarskiego.

Zasady etyki psychologa klinicznego podzielimy na trzy grupy, a mianowicie: 1) zasady regulujące stosunek do instytucji, w której pracuje psycholog, 2) zasady obowiązujące w stosunku do pacjentów oraz 3) postulat fachowego

stosowania metod diagnostycznych i chronienia ich przed nadużyciem ze strony niefachowców.

a) Stosunek do instytucji

Na pierwszy plan trzeba tu wysunąć żądanie internalizacji społecznych celów, które stawia sobie dana instytucja. Znaczy to, że cele swej placówki powinien psycholog uważać za własne, osobiste cele, na równi z innymi wartościami osobistymi, jak np. posiadanie telewizora czy eleganckich mebli. Niezgodne z etyką zawodową jest np. traktowanie praktyki klinicznej tylko jako środka do "urządzenia się w życiu", a gdy daje ona od razu zbyt małe zyski, spieszne wymienianie jej na zajęcie bardziej lukratywne, np. w przemyśle. Wymierzając pilnie wartość swoich usług w złotówkach i dbając zawsze o to, aby wszystkie od razu się opłacały, psycholog stwierdzałby, że w gruncie rzeczy zależy mu nie na niesieniu pomocy ludziom, ale na własnym interesie, a to jest postępowanie aspołeczne i niezgodne z podstawowym postulatem etyki psychologa.

Wynika stąd dalej, że rozwiązywanie trudnych czasem problemów współpracy z innymi specjalistami czy z przełożonymi w sposób rzeczowy i nie doprowadzający do konfliktów, nie jest tylko kwestią dobrej woli, ale wręcz postulatem etyki zawodowej psychologa. Kogoś można lubić mniej albo więcej jako człowieka, ale spokojna zyczliwa współpraca jest istotna i dla dobra pacjentów i instytucji. Psy-

cholog musi umieć "ustawić się" w danej placówce w sposób pozwalający mu na maksymalne zaktualizowanie swego fachowego przygotowania, równocześnie jednak nie wprowadzając tarć wewnątrz samej instytucji.

b) Stosunek do pacjenta

Wśród zasad obowiązujących w stosunku do pacjentów na pierwszy plan wysuniemy obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej. Obowiązuje on psychologa tak samo jak lekarza. Badania psychologiczne dają wgląd w problemy życiowe innych ludzi, w ich trudności, braki i wady. Czasem jeszcze zdarza się, że bardziej sensacyjne i niezwykłe wypadki stają się tematem rozmów towarzyskich, są omawiane i komentowane z niefachowymi pracownikami instytucji (np. z urzędnikami administracji) jako pewne ciekawostki, niekiedy nawet wynoszone poza obręb szpitala czy przychodni. Jest to niesmaczne, bo trudności i kłopoty innych nie powinny być tematem plotek i szkodliwe, bo rozmowy takie nieraz dochodzą do wiadomości pacjenta i jego otoczenia, urabiając o nim ujemną opinię, a u niego samego niszcząc zaufanie do psychologów.

Niezwykle ostrożny musi być psycholog informujący np. rodzinę pacjenta o wynikach badania czy też wystawiając mu jakiekolwiek zaświadczenie. Poinformowanie, dajmy na to, rodziców, że dziecko skierowane do poradni z podejrzeniem o oligofrenię ze względu na duże trudności w nauce, jest w istocie rozwinięte normalnie, może doprowadzić do tego, że

rodzice zaczną trudności szkolne dziecka traktować jako "lenistwo" i ostrym traktowaniem jeszcze je wzmogą. Wyniki badania, które podaje się rodzinie, muszą więc być tak wyselekcjonowane i tak sformułowane, aby rzeczywiście pomogły pacjentowi, a nie zaszkodziły. Należy też pamiętać o tym, że w zaświadczeniach, jakie czasem wydaje się w przychodni pacjentowi dla władz administracyjnych, aby np. ułatwić mu otrzymanie osobnego pokoju mieszkalnego, nie wolno wymieniać diagnozy, można tylko ogólnie stwierdzić, że pacjent znajduje się pod opieką danej Przychodni. Jedynie orzeczenia wydane dla instytucji Służby Zdrowia, sądu czy szkoły winny zawierać dokładne dane diagnostyczne, z tym że w sformułowaniach dla nauczycieli należy zachować podobną ostrożność jak przy sformułowaniach udzielanych rodzinie.

"Primum non nocere" - przede wszystkim nie szkodzić - powinno być zasadą obowiązującą zarówno psychologa jak i lekarza.

Sprawa ta jest szczególnie ważna, ale i trudna w praktyce psychologa więziennego. Psycholog, który zdobył sobie zaufanie więźniów, dowiaduje się od nich o różnych faktach sprzecznych z regulaminem więziennym, np. gdzie więzień przechowuje "na wszelki wypadek" kawałek żyletki, albo że przygotowuje się ucieczka grupy więźniów. Czy psycholog powinien zameldować o planowanej ucieczce naczelnikowi więzienia, a oddziałowemu donieść, że więzień przechowuje żyletkę? Staniemy tu na stanowisku, że takie po-

stępowanie byłoby sprzeczne z zasadą zachowania tajemnicy zawodowej. Psycholog, mimo że jest pracownikiem więzienia, ma za swoje zadanie resocjalizację, a nie dopomaganie "ochronie", która ma swoje sposoby dowiadywania się o tym, co się dzieje w więzieniu i nie powinna liczyć na jego informacje. Zadaniem psychologa jest przekonać więźnia o bezsensie okaleczania się skrzętnie przechowywaną żyletką, oddziałać na więźniów - w miarę możności - tak aby zaniechali planów ucieczki, ale przekazywanie funkcjonariuszowi informacji, uzyskanych w zaufaniu od badanych byłoby przekreśleniem kredytu, jaki ma on u nich, uniemożliwiłoby mu to dalszą pracę z nimi i byłoby - nie bez słuszności - uważane przez nich jako nieetyczne "kapowanie" (Wilson D.P., 1956, s.6).

Drugi, nie mniej ważny postulat określa charakter właściwego stosunku psychologa do badanego. "Psychologiczna postawa" jest niezmiennie życzliwa, ale rzeczowa i bezosobowa w tym sensie, że jedynym celem psychologa w stosunku do badanego musi być niesienie mu właściwie rozumianej pomocy. Dla psychologa jest więc rzeczą obojętną, czy badana osoba jest kobietą czy mężczyzną, czy jest ładna i schludna, czy fizycznie pokrzywiona, z głową rozdętą wodogłowiem i zaniedbana, czy to człowiek uczciwy, czy złodziej złapany na kradzieży. Są to wszystko ludzie obarczeni ciężarem chorób i defektów, uwikłani w trudności i konflikty, których z reguły sami nie rozumieją i dlatego wymagający pomocy, wyprostowania ich wadliwej posta-

wy lub przynajmniej przekazania ich pod właściwą opiekę - tylko w ten sposób muszą "liczyć się" dla psychologa. Osobiste sympatie i antypatie, a nawet moralna aprobata czy dezaprobata sposobu postępowania badanych nie mogą mieć wpływu na emocjonalną postawę psychologa do nich, na "lepsze" lub "gorsze" ich traktowanie.

c) Stosunek do metod diagnostycznych

Ostatnia grupa zasad dotyczy tego, co można by nazwać "sumiennością metodologiczną". Nie idzie tu tylko o to, że psycholog obowiązany jest do stosowania metod swego fachu w sposób jak najostrożniejszy, z jak największą dbałością o poprawne, naukowe uzasadnienie swych diagnoz. Postulat metodycznej sumienności i uczciwości dotyczy także tego, aby psycholog rozumiał, że jego poszczególne metody badania na pozór proste, są w istocie obarczone określonymi błędami i w ręku niefachowca, który nie zna całej ich komplikacji, mogą doprowadzić do diagnoz wadliwych i okazać się niezwykle szkodliwe. Z tego względu jako postulat etyki zawodowej należy postawić żądanie, aby psychologowie nie rozpowszechniali testów i pomocy do metod projekcyjnych ani nie udostępniali ich niefachowcom. Widzieliśmy np. poprzednio, że test nie jest "psychometrem", który mierzy poziom zdolności mechanicznie, ocena zdolności na podstawie uzyskanego wyniku liczbowego wymaga i uwzględnienia okoliczności, w których przeprowadza się badanie i aktualnego stanu badanego, musimy przy

tym brać pod uwagę i ewentualny błąd standaryzacyjny testu i błąd walidacyjny, konfrontować wyniki z innymi danymi itd. Bardzo wiele zarzutów, które kierowano przeciw testom jako metodzie dotyczyło w istocie wadliwego, niefachowego stosowania testów, a widzieliśmy w krótkim zarysie historii psychologii klinicznej w Polsce, jakie przykre konsekwencje pociągała za sobą nie pozbawiona słuszności krytyka metod badawczych dla praktyki psychologicznej. Jeśli więc domagamy się dziś, aby standaryzowanych metod diagnostycznych nie udostępniać lekarzom, inżynierom czy nauczycielom, o ile nie mają oni studiów psychologicznych, to nie jest to żadna zarozumiałość ani zazdrosne i złośliwe niedopuszczenie innych do skarbnicy testów, lecz zwykła ostrożność i dbałość o dobro pacjentów i samej nauki. Ostatecznie i lekarze nie zgodziliby się na to, aby niefachowcy dokonywali, na podstawie pobieżnej tylko znajomości techniki, diagnoz rentgenologicznych czy też elektroencelograficznych, które są zastrzeżone dla lekarzy o specjalnym przeszkoleniu w posługiwaniu się daną metodą. A w psychologii sprawa jest jeszcze bardziej skomplikowana: o ile samo zrobienie zdjęcia rentgenowskiego czy elektroencefalogramu można powierzyć odpowiednio przeszkolonemu laborantowi, testy musi stosować osobiście sam psycholog, ponieważ właściwa obserwacja badanego w czasie pracy jest materiałem istotnym w interpretacji wyników testu, a nieraz wytycza nawet dalsze postępowanie diagnostyczne (por. eksperyment Payne'a, Rozdz. IV, s. 145).

Zbierając to wszystko, co zostało powiedziane o etyce psychologa klinicznego, ujmiemy omówione zasady w sześć zwięźle sformułowanych "przykazań zawodowych":

1. Cele społeczne instytucji, w której pracujesz, uważaj za własne.

2. Swoje zawodowe stosunki z innymi pracownikami instytucji układaj nie z punktu widzenia własnego pretiżu, ale zgodnie z dobrem pacjentów i instytucji.

3. W interesie pacjentów przestrzegaj tajemnicy zawodowej.

4. W stosunkach z pacjentami kieruj się troską o ich dobro, a nie osobistymi sympatiami i antypatiami.

5. Dbaj, jak tylko potrafisz najlepiej, o poprawność i naukowe uzasadnienie stawianych diagnoz.

6. Nie udostępniaj specjalistycznych metod standaryzowanych niefachowcom, aby stosując je wadliwie nie przynieśli szkody i pacjentom i nauce, którą reprezentujesz.

4. Praca naukowa psychologa klinicznego

Należy wreszcie wspomnieć kilka słów o pracy naukowej psychologów zatrudnionych w praktyce klinicznej. Mówiliśmy o tym poprzednio (por. s.150), że poprawna praktyka kliniczna wymaga oparcia się o poprawną teorię i wyniki badań naukowych. Badań tych ciągle jest jeszcze za mało i w naszej wiedzy o czynnikach genetycznych w zaburzeniach zachowania i czynnikach działających korektywnie są

ciągle jeszcze liczne puste miejsca. Płynie stąd często niepewność i diagnozy psychologicznej i prognozy w stosunku do określonych metod psychokorektywnych. Stąd niezwykle pilną rzeczą jest prowadzenie przez psychologów klinicznych pracy naukowej. Zajmują się tym uniwersyteckie placówki naukowe (zakłady psychologii klinicznej), niezmiernie istotną rzeczą jednak jest również praca naukowa wykonywana w terenie przez psychologów praktyków, próby uogólnienia ich doświadczeń diagnostycznych i psychokorektywnych. Dlatego też prowadzenie pracy naukowej na podstawie własnej praktyki powinno być uważane za zawodowy obowiązek każdego psychologa klinicznego.

Jest to również sprawa istotna dla samych psychologów klinicznych. Jedną z najgorszych rzeczy, jaka może spotkać praktyka, jest ugrzęźnięcie w rutynie, zmechanizowanie i utrata zdolności dostrzegania nowych spraw w znanych sobie zjawiskach, ulepszanie tego co się robi, stałego doskonalenia się i teoretycznego i metodologicznego. Naukowe podejście do swej problematyki i stałe dokształcanie się, praca naukowa i dyskusja z innymi fachowcami nad uzyskiwanymi wynikami jest jedynym antidotum na zrutynizowanie, które stanowi stałe niebezpieczeństwo praktyków we wszelkiej dziedzinie życia społecznego.

W dobie stałego komplikowania się warunków życia ludzkiego, w epoce postępu technicznego i dokonujących się ciągle zmian społecznych, problemy regulacji przez człowieka jego stosunków z otoczeniem urastają do rzędu niemal-

że pierwszoplanowych zagadnień i całych społeczeństw i osobistych zagadnień każdej jednostki. Stąd coraz bardziej rosnące zapotrzebowanie na naukową, rzetelną wiedzę psychologiczną i na dobrze przygotowanych fachowców - psychologów.

Stąd też dla psychologów niespotykana dotychczas szansa służenia swoją nauką społeczeństwu na równi z naukami przyrodniczymi. Psychologowie muszą uważać, aby tej szansy lekkomyślnie nie zaprzepaścić.

PRZYPISY

1 Bliższe omówienie por. Obuchowski K., 1965, s.121.

2 Dokładniejsze omówienie dziejów polskiej psychologii klinicznej w okresie dwudziestolecia powojennego przedstawił K.Obuchowski (1965, s.114).

3 Pojęcie to odpowiada "zaburzeniom w przystosowaniu" w znaczeniu przedstawionym przeze mnie w artykule o metodach eksperymentalnych w psychologii stosowanej (1965, s.36-37), ale jest wygodniejsze, ponieważ nieobciążone wieloznacznością wiążącą się z terminem "przystosowanie". O "zaburzeniach zachowania" w naszej literaturze mówi też J.Konopnicki, jednakże określa tym terminem tylko "odchylenie od normy" rozumianej jako "zasady moralne, obyczaje i zwyczaje przyjęte w danym środowisku" (Konopnicki J., 1964, s.28).

4 "Teoria zachowania" w rozumieniu węższym, w jakim tego terminu używa np. A.Malewski (1964, s.14), jest identyczna z teorią uczenia się, tj. z zespołem twierdzeń dotyczących mechanizmu uczenia się i praw, które nim rządzą.

[5] Taka koncepcja pokrywa się z tezą T.Tomaszewskiego, który wiąże "psychiczność" z rozumieniem "znaczenia" zdarzeń (1963, s.18-19) oraz z sugestią Tiepłowa (1952), aby psychiczność wiązać z treścią odzwierciedlania zdarzeń przez mózg. Por. również Lewicki A., 1960, s.150.

[6] Napięcie w sieci nerwowej należałoby określić w terminach cybernetycznych jako "zasilanie". Por. Greniewski i Kempisty, 1963, s.52.

[7] Eysenck zalicza tu, oprócz nerwic i psychopatii, również te zaburzenia psychiczne, dla których nie znaleziono organicznego podłoża, zespoły schizofreniczne oraz psychozy cykliczne, podkreślając jednak nieostrość tego rozgraniczenia.

[8] Prawa Yerkesa - Dodsona obejmują, jak widać, zarówno te wartości PA, które na rys.5, s.95 mieszczą się w zakresie "czujność", jak też te, które już należy określić jako różnej siły "stress psychiczny".

[9] Upijanie się jako mechanizm obronny należy odróżnić od picia nałogowego, które nie jest związane z trudną sytuacją, ale płynie z potrzeby alkoholu.

[10] Poglądy Camerona na genezę nerwic zreferował w polskiej literaturze B.Zawadzki (1959, s.84).

[11] Wywody Rosenzweiga na ten temat znacznie zostały tu uproszczone. W istocie rzeczy wyróżnia on dwa progi tolerancji stressowej - górny i dolny. Próg górny określa naj-

wyższy poziom obciążenia, przy którym osobnik jeszcze nie ulega dezorganizacji, próg dolny - najniższy poziom stressu, przy którym zaczyna on reagować adekwatnie. Stress niższy od progu dolnego wywołuje reagowanie nieadekwatne wskutek zbyt słabej motywacji, wyższy od progu górnego - reagowanie zdezorganizowane. Pomiędzy oboma progami rozciąga się strefa napięć stressowych, umożliwiających adekwatne reagowanie. Definicja progu górnego została w teście nieco przekształcona i dostosowana do definicji "progu bodźca" znanej z psychofizyki.

[12] Informacja osobista doc.dra Zwoździaka z Kliniki Neurologicznej AM w Poznaniu.

[13] "Psychotyzm" jest tu pojęty jako predyspozycja do zaburzeń procesów poznawczych, w przeciwieństwie do "neurotyzmu", który tych objawów nie wykazuje. Eysenck zauważa, że lista "wymiarów" nie jest kompletna, osobny wymiar stanowi inteligencja, a dalsze badanie wykryje zapewne jeszcze inne wymiary.

[14] Określenie to jest samo w sobie dziwne. Terminem "pedologia" zwykło się oznaczać teorie przypisujące znaczenie przede wszystkim biologicznym "zadatkom", a niedoceniające uwarunkowań kulturowych, jak np. w słynnym wypadku pomyłek diagnostycznchu pedologów radzieckich, które zostały skrytykowane w znanej uchwale WKP(b) z 1936 r. Trudno jednak chyba nazwać pedologicznymi "badania psychologiczne" podkreślające właśnie znaczenie wpływów środowiskowych.

[15] Fakt ten stwierdziła U.Łyżwa w niepublikowanej pracy magisterskiej pisanej w 1964 roku w Katedrze Psychologii Klinicznej UAM w Poznaniu.

[16] W sprawie zasad konstruowania kwestionariuszy,układania pytań itp. por.Nowak S., 1965, s.93 i następne.

[17] Nowa wersja MMPI w przekładzie M.Choynowskiego nosi nazwę WIO (Wieloczynnościowy Inwentarz Osobowości).

[18] Odróżnienie leczenia "medycznego" od "psychologicznego" por. Morgan, 1961, s.167.

[19] Przedruk w redagowanej przez Eysencka pracy "Behavior Therapy and Neuroses", 1960 (por. Eysenck, 1960 b, s.52).

[20] U nas czynność tę, jeśli chodzi o poznanie warunków środowiskowych, wykonuje psycholog, odczuwa się jednak potrzebę asystentów społecznych, którzy roztaczaliby opiekę nad pacjentem w jego sprawach bytowych.

LITERATURA

A c k e r m a n N., The Psychodynamics of Family Life. New York 1959.

A l l p o r t G.W., European and American Theories of Personality. W: David H.C Bracken H. (ed), Perspectives in Personality Theory. New York 1957.

A n d e r s o n H.H., A n d e r s o n G.L., Introduction to Projectives Techniques. New York 1951.

A s h b y W.R., Wstęp do cybernetyki. Warszawa 1963.

B a c h r a c h A.J. (ed), Experimental Foundations of Clinical Psychology. New York 1962.

B a l e y S., Zarys psychologii w związku z rozwojem psychiki dziecka. Wrocław-Warszawa 1947.

B a r t l e t t F., Remembering. Cambridge 1932.

B e e r s Cl., Umysł, który sam siebie odnalazł. Warszawa 1948.

B i d e r m a n A.D., Z i m m e r H. (ed), The Manipulation of Human Behavior. New York 1961.

B i l i k i e w i c z T., Psychiatria kliniczna. Warszawa 1957.

B i l i k i e w i c z T., Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej. Warszawa 1964.

B ł a c h o w s k i S., O istocie omamów. Rocznik Psychiatryczny 1938.

B ł a c h o w s k i S., B o r o w i e c k i S., Epidemia psychiczna w Słupi pod Srodą. Rocznik Psychiatryczny 1928, 7.

B o e s l e r P., Rola złudzeń i utraty orientacji w położeniu przestrzennym podczas lotu według przyrządów w wypadkach lotniczych. Warszawa 1965.

B o r i n g E.,(red), Psychologia, podręcznik sił zbrojnych Stanów Zjednoczonych. Warszawa 1960.

B o w l b y J., Child Care and the Growth of Love. London 1953.

B r o w e r D., A b t L.E., Progress in Clinical Psychology. Vol.I, section 2, New York 1952.

B u s s A.H., The Psychology of Aggression. New York-London 1961.

C a m e r o n D.E., Disorganization: A Psychosomatic Principle. W: Hoch P.H., Zubin J. 1957, s.89.

C a m e r o n N., The Psychology of Behavior Disorders. Boston 1947.

C l a r k e A.D.B., C l a r k e A.N., R e i m a n S., Cognitive and Social Changes in the Feebleminded - Three Further Studies. Br. J. Psychol. 1958, 49, s.144.

C l a r k e A.D.B., C l a r k e A.N., Some Recent Advances in the Study of Early Deprivation. Child Psychology and Psychiatry, Vol.I, s.26 (odbitka bez daty).

D a v i d H.O., B r a c k e n H. (ed), Perspectives in Personality Theory. New York 1957.

D a v i s D.R., An Introduction to Psychopathology. London 1957.

C o l e m a n J.C.,Types of Adjustive Reactions. W:Gorlov L., Katkovsky W. 1959, s.326.

D ą b r o w s k i K., Higiena psychiczna. Warszawa 1962.

D e m b o w s k i E., Psychologia zwierząt.Warszawa 1946.

E k e l J., Motywacyjne składniki osobowości. W: Wołoszynowa L. 1964, s.197.

E y s e n c k H.J. (ed), Handbook of Abnormal Psychology. London 1960a.

E y s e n c k H.J., Behaviour Therapy and Neuroses. Oxford-London-New York-Paris 1960b.

E y s e n c k H.J., Sens i nonsens w psychologii.Warszawa 1965.

F e s t i n g e r L.A., A Theory of Cognitive Dissonance. Illinois 1957.

F i l e r K.J., Frustracja, zadowolenie i inne czynniki wpływające na atrakcyjność celów. W: Malewski A. 1962, s.244.

F r ą c z e k A., Teoria frustracji. W: Wołoszynowa L., 1964, s.275.

F r e e m a n L., S m a l l M., The Story of Psychoanalysis. New York 1960.

G a l t o n G., Inquiries into Human Faculty and its Development. London 1883.

G e r s t m a n n S., Rozmowa i wywiad w psychologii wychowawczej. Lublin 1957.

G o r l o v L., K a t k o v s k y W. (ed) Readings in the Psychology of Adjustment. New York-Toronto-London 1959.

G r e e n G., Marzenie na jawie, przyczynek do badań nad rozwojem. Warszawa 1933.

G r e n i e w s k i H., K e m p i s t y M., Cybernetyka z lotu ptaka. Warszawa 1963.

G r e y Walter W., The Living Brain. London 1961.

H a l l C.S., L i n d z e y G., Theories of Personality. New York 1957.

H a n - I l g i e w i c z N., Dziecko w konflikcie z prawem karnym. Warszawa 1965.

H a r l o w H.F., Motivational Forces Underlying Learning. W: Learning Theory 1954, s.36.

H a r r i m a n P.L. (ed), Encyclopedia of Psychology. New York 1946.

H a r r o w e r M.B., Personality Change and Development as Measured by Projective Techniques. New York 1958.

H e b b D.O., The Mammal and His Environment. W: Reed C.F., Alexander I.E., Tomkins S.S. 1964, s.127.

H i r t M. (ed), Rorschach Science. Readings in Theory and Method. Glencoe 1962.

H o r n o w s k i B., Analiza psychologiczna testu percepcyjnego "Progressive Matrices" J.C. Ravena. Warszawa 1959.

H a r v e y O.J., H u n t D.E., S c h r o d e r H.M., Conceptual Systems and Personality Organization. New York 1961.

H o c h P.H., Z u b i n J. (ed), Experimental Psychopathology. New York-London 1957.

H o r o s z o w s k i P., Kryminologia. Warszawa 1965.

H u l e k A., Podstawy rehabilitacji inwalidów. Warszawa 1961.

H u n t McV (ed), Personality and the Behavior Disorders, t.I-II. New York 1944.

J a h o d a M., D e u t s c h M., C o o k S.W., Projekcyjne metody badania postaw. W: Nowak S. 1965, s.169.

J o t e y k o J., Metoda testów umysłowych i jej wartość naukowa. Lwów-Warszawa 1924.

K a s p r o w i c z W., Kilka uwag o pracy psychologa klinicznego. Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska 1963,4.

K o c o w s k i T., Rozwiązywanie zadań przy różnych poziomach lęku. Psychol.Wych. 1964, 3.

K o n o p n i c k i J., Zaburzenia w zachowaniu się dzieci i środowisko. Warszawa 1964.

K o n o r s k i J., M i l l e r S., Podstawy fizjologicznej teorii ruchów dowolnych. Ruchowe odruchy warunkowe. Warszawa 1933.

K r e t s c h m e r E., Psychologia lekarska. Warszawa 1958.

K r e u t z M., Podstawy psychologii. Warszawa 1949.

K r e u t z M., Metody współczesnej psychologii. Warszawa 1962.

K ü n k e l F., Einführung in die Charakterkunde. 7 Aufl. Leipzig 1935.

Learning Theory, Personality Theory and Clinical Research. The Kentucky Symposium. New York-London 1954.

L e w i c k i A., Jak powstają trudności wychowawcze. Warszawa 1957.

L e w i c k i A., Zapominanie nazwisk. Toruń 1950.

L e w i c k i A., Procesy poznawcze i orientacja w otoczeniu. Warszawa 1960.

L e w i c k i A., Główne problemy psychologii klinicznej. Przegląd Psychol. 1963a, 6, s.67.

L e w i c k i A., Prace Stefana Błachowskiego z dziedziny psychologii klinicznej. Przegl.Psychol. 1963b, 6, s.30.

L e w i c k i A., Introspekcja jako przedmiot badania psychologicznego. Przegl.Psychol. 1965, 10, s.34.

Ł u r i j a A.R., Wysszyje korkowyje funkcji czełowieka i ich naruszenija pri łokalnych porażenijach mozga. Moskwa 1962.

M a l e w s k i A. (ed), Zagadnienia psychologii społecznej. Warszawa 1962.

M a l e w s k i A., O zastosowaniach teorii zachowania. Warszawa 1964.

M a r t i n D.W., Adventure in Psychiatry. London 1962.

M o r g a n C.F., Introduction to Psychology. 2-nd ed. New York-Toronto-London 1961.

M o w r e r O.H., K l u c k h o h n C., Dynamic Theory of Personality. W: Hunt McV. 1944, t.I. s.69.

N e w c o m b T.M., Dwa typy nastawienia wobec przeszkód. W: Malewski A. 1962, s.195.

N i m k o f f M.F., Personality Development. W: Harriman P.L. 1946, s.491.

N o w a k S. (red), Metody badań socjologicznych. Wybór testów. Warszawa 1965.

O b u c h o w s k a I., Kliniczno-eksperymentalna analiza zespołu lęku przed niepowodzeniem. Psychol.Wych. 1964, 2.

O b u c h o w s k i K., Specjalizacja zawodowa psychologów klinicznych. Przegl.Psychol. 1963,6, s.175.

O b u c h o w s k i K., Analiza i ocena stanu psychologii klinicznej w dwudziestym roku Polski Ludowej.Przegl. Psychol. 1965,10, s.114.

O b u c h o w s k i K., Psychologia dążeń ludzkich. Warszawa 1966.

O c h o r o w i c z J., Psychologia i medycyna. Warszawa 1916.

P a w ł o w I.P., Wybór pism. Warszawa 1951.

P o l e t a j e w J.A., Zagadnienia cybernetyki. Warszawa 1961.

P r e u P.W., The Concept of Psychopathic Personality. W: Hunt McV. 1944, t.II, s.922.

R e e d C.F., A l e x a n d e r I.E., T o m k i n s S.S., Psychopathology. A Source Book. New York 1964.

R e u t t J., R e u t t N., Badania osobowości metodą TAT Murraya. Warszawa 1960.

R e y k o w s k i J., Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej. Warszawa 1964a.

R e y k o w s k i J., Metodologiczne problemy psychologii współczesnej. Warszawa 1964b.

R i b b l e M.A., Infantile Experience in Relation to Personality Development. W: Hunt McV. 1944, t.II, s.621.

R i c h a r d s T.W., Modern Clinical Psychology. New York-London 1946.

R o s e n z w e i g S., An Outline of Frustration Theory. W: Hunt McV, 1944, t.I, s.379.

R u b i n s z t e j n S.L., Byt i świadomość. Warszawa 1961.

R u b i n s z t e j n S.L., Podstawy psychologii ogólnej. Warszawa 1964.

R u b i n s z t e j n S.Ja., Mietodiki ekspierimentalnoj patopsichologii, mietodiczeskoje posobije. Moskwa 1962.

R u c h F.L., Psychology and Life. Chicago-Atlanta-Dallas--New York 1941.

S e l y e H., Stress życia. Warszawa 1960.

S h a f f e r F.L., S h o b e n E.J. (Jr). The Psychology of Adjustment. Boston 1956.

S h a f f e r G.W., L a z a r u s R.S., Fundamental Concepts in Clinical Psychology. New York-Toronoto-London 1952.

S h o b e n E.J. (Jr) Psychotherapy as a Problem in Learning Theory. Psycholo. Bull. 1949,46, s. 366. Przedruk w: Eysenck H.J. 1960b, s.52.

S h a p i r o B.M., Exprimental Method im the Psychological Description of the Individual Psychiatric Patient. J.Soc.Psychiatry, 1957,3.

S p i o n e k H., Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka. Warszawa 1965.

S l u c k i n W., Mózg i maszyny. Warszawa 1957.

S t r o u d J.B., Psychology in Education.New York-London-Toronto 1956.

S t a f f o r d - C l a r k D., Psychiatry Today.London 1961.

S z c z e p a ń s k i J., Elementarne pojęcia socjologii. Warszawa 1963.

S z u m a n S., Geneza przedmiotu. Kwart.Psychol.1932,3, s.363.

S z u m a n S., Rola działania w rozwoju umysłowym małego dziecka. Wrocław 1955.

S z u m a n S., Zagadnienia psychologii uczuć w świetle nauki Pawłowa. Poznań 1956.

S z u t k o w s k a U., Rozpoznawanie obrazów schematycznych u osobników oligofrenicznych i normalnych oraz próba zastosowania ich w nauczaniu oligofreników.Psychol. Wych. 1966.

S z y m a ń s k a Z., Czy są dzieci nerwowe. Warszawa 1955.

T i e p ł o w B.M., Psychologia. Warszawa 1950.

T o m a s z e w s k i T., Kryzys metodologiczny w psychologii. Przegl.Psychol. 1952, 1.

T o m a s z e w s k i T., Wstęp do psychologii. Warszawa 1963.

W a l l e n R.W., Psychologia kliniczna. Warszawa 1962.

W i t w i c k i W., Psychologia, t.I, 1962.

W o ł o s z y n o w a L. (red.), Materiały pomocnicze do nauczania psychologii. Seria I. Psychologia ogólna. Warszawa 1964.

W o o d w o r t h R.S., S c h l o s b e r g H., Psychologia eksperymentalna, t.I-II. Warszawa 1963.

Z a w a d z k i B., Wykłady z psychopatologii. Warszawa 1959.

Ż e b r o w s k a M., Aktualne zadania pracy zawodowej psychologów polskich. Przeg.Psychol. 1965,10, s.53.

SPIS TREŚCI

str.

Przedmowa 3

I. Co to jest psychologia kliniczna? 7

1. Historia psychologii klinicznej w Polsce . . 7

2. Definicje psychologii klinicznej 16

3. Przedmiot i zadania psychologii klinicznej .
w Polsce 18

4. Psychologia kliniczna i psychiatria. 25

II. Niektóre problemy teorii zachowania 28

1. Zachowanie i samoregulacja 28

a. Regulacja i samoregulacja 28

b. Samoregulacja somatyczna. 32

c. Zachowanie i samoregulacja ośrodkowa. . . 34

2. Psychiczny mechanizm zachowania. 38

3. Składniki mechanizmu zachowania. 43

4. Swoistość procesów regulacyjnych u człowieka 45

a. Regulacja zachowania u zwierząt 45

b. Społeczny charakter regulacji u człowieka 47

c. Autonomia społecznej samoregulacji. . . . 50

5. Sytuacja jako warunek zachowania 55

str.

6. Uwarunkowanie zachowania przez osobowość. . . 58
a. Czynnikowa i dynamiczna teoria osobowości. 58
b. Doświadczenie i cechy organizmu jako wyznaczniki osobowości 63

III. Geneza zaburzeń zachowania 70
1. Czynniki psychologiczne i organiczne w genezie zaburzeń zachowania 70
2. Sytuacja aktualna i defekty osobowości jako wyznaczniki zaburzeń zachowania 76
3. Stress i stressory. 83
4. Wpływ stressorów na psychikę i zachowanie . . 88
a. Napięcie emocjonalne 88
b. Dezorganizacja zachowania 90
c. Mechanizmy obronne 94
d. Wpływ deprywacji 103
5. Adaptacja do stressora 109
6. Problem zaburzeń psychosomatycznych 112
7. Tolerancja na stress psychiczny 116
8. Psychologiczne i organiczne wyznaczniki defektów osobowości 121

IV. Podstawy diagnostyki psychologicznej 141
1. Charakterystyka diagnozy psychologicznej. . . 141
2. Metody kliniczne. 150
3. Testy psychometryczne 159
4. Testy projekcyjne 177
5. Inwentarze osobowości 185

str.

6. Eksperymenty kliniczne 196
7. Synteza wyników. 207

V. Metody psychokorektywne 213
1. Pojęcie metody psychokorektywnej 213
2. Podział technik psychoterapeutycznych 216
3. Techniki pośrednie 218
4. Psychoterapia powierzchowna 222
a. Psychoterapia podtrzymująca 222
b. Odreagowanie napięć 223
c. Techniki relaksu 225
d. Sugestia i autosugestia 226
e. Terapia zachowania 230
5. Psychoterapia głęboka 235
a. Ogólna charakterystyka. 235
b. Problem mechanizmu psychoterapii. 239
c. Taktyka psychoterapii 244

VI. Problemy modelu zawodowego psychologa klinicznego 248
1. Kwalifikacje psychologa klinicznego. 249
a. Wykształcenie teoretyczno-metodologiczne. . . 249
b. Praktyka zawodowa 253
c. Walory osobowościowe. 256
2. Specyfika pracy zawodowej psychologa klinicznego 259
3. Postulaty etyki zawodowej psychologa klinicznego 265
a. Stosunek do instytucji. 267

str.
b. Stosunek do pacjenta 268
c. Stosunek do metod diagnostycznych 271
4. Praca naukowa psychologa klinicznego 273
Przypisy 276
Literatura 280